UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1931 — N° 16

# Contribution à l'Etude des péritonites puerpérales diffusées post abortum

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 1931

par

**Charles SY**

Né le 7 Avril 1903 à Bouzaréah (Alger

### MEMBRES DU JURY

M. LAFFONT, Professeur de Clinique obstétricale et puériculture 1er âge.. PRÉSIDENT

M. GILLOT, Professeur de Clinique Médicale et Hygiène infantile .....

M. DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie)..... JUGES

M. HOUËL, Agrégé (Obstétrique) .....

IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
ALGER

1931

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536512_0039

# Contribution à l'Étude des péritonites puerpérales diffusées post abortum

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1931 — N° 16

# Contribution à l'Etude des péritonites puerpérales diffusées post abortum

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 1931

par

**Charles SY**

Né le 7 Avril 1903 à Bouzaréah (Alger

### MEMBRES DU JURY

| | |
|---|---|
| M. LAFFONT, Professeur de Clinique obstétricale et puériculture 1er âge.. | PRÉSIDENT |
| M. GILLOT, Professeur de Clinique Médicale et Hygiène Infantile ..... | JUGES |
| M. DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie)..... | |
| M. HOUËL, Agrégé (Obstétrique) ..... | |

IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
ALGER

1931

UNIVERSITÉ D'ALGER

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

| | |
|---|---|
| Doyen | MM. LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Doyen Honoraire | HERAIL (✻, I. ⚱). |
| Assesseur | GILLOT (I. ⚱). |

## PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Clinique ophtalmologique | CANGE (✻, I. ⚱) |
| Clinique médicale et Hygiène infantile | GILLOT (I. ⚱). |
| Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées | RAYNAUD (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Clinique chirurgicale | COSTANTINI (✻, ⚕ I. ⚱). |
| Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge | LAFFONT (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie | LOMBARD (⚕, I. ⚱). |
| Clinique médicale | AUBRY (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Histologie et embryologie | WEBER (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Anatomie pathologique | POUJOL (I. ⚱). |
| Chimie biologique et médicale | MAILLARD (✻, I. ⚱). |
| Hygiène, hydrologie et climatologie | CHASSEVANT (o.✻, o.◎, I.⚱) |
| Physiologie | TOURNADE (O. ✻. ⚕. I. ⚱) |
| Pharmacie | MUSSO (I. ⚱). |
| Médecine légale | GIRAUD (O. ✻, ⚕, I. ⚱). |
| Anatomie | LEBLANC (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Microbiologie et cryptogamie | PINOY (✻, I. ⚱). |
| Physique médicale | PORTES (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire | CABANES (✻, ⚕, I. ⚱). |
| Parasitologie et zoologie médicale | SENEVET (⚕, A. ⚱). |
| Chimie minérale, pharmaceutique et toxicologie | WUNSCHENDORFF (I. ⚱) |
| Botanique et matière médicale | FOURMENT (A. ⚱). |
| Pathologie générale et pathologie médicale | POROT (A. ⚱). |
| Thérapeutique | LEBON (✻, ⚕, A. ⚱) |

## PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (⚕), agrégé (Histologie).

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, I. ⚱). M. HERAIL (✻, I. ⚱).
VINCENT (✻, I. ⚱).

## CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| Enseignement théorique des élèves sages-femmes | MM. FUSTER (✻, ⚕, I. ⚱) |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | ABOULKER (✻, ⚕). |

## AGRÉGÉS

| | |
|---|---|
| | MM. DUBOUCHER (I. ⚱ |
| Chirurgie | FERRARI (I. ⚱). |
| | MOGGI (✻). |
| Médecine | N... |
| | N... |
| Physiologie | HERMANN (⚕, A. ⚱) |
| Anatomie | RIBET (⚕, A. ⚱). |
| Chimie médicale | N... |
| Obstétrique | HOUEL (✻, ⚕, A. ⚱) |
| Histoire naturelle pharmaceutique | N... |

*NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

*Je dédie cette Thèse :*

A la mémoire de mon Frère Emmanuel SY

A la mémoire de mon Cousin Georges LAMBERT

*Morts pour la France.*

A la mémoire de mon Ami Armand JURAMIE

Interne des Hôpitaux

*Mort victime du Devoir.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du premier âge

*Qui, après m'avoir accueilli avec bienveillance dans son service, m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.*

*Respectueux hommage.*

A MON MAÎTRE ET JUGE

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur Agrégé d'Obstétrique

*Après nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, il nous a suivi pas à pas au cours de ce travail, ne cessant de nous prodiguer ses précieux conseils et ses encouragements.*

*Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.*

A MES JUGES

Monsieur le Docteur GILLOT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Monsieur le Docteur DUBOUCHER

Professeur Agrégé de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

*Hommage respectueux.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX

**Stage :**

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL
(*in memoriam*)

Monsieur le Professeur CURTILLET
(*in memoriam*)

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Monsieur le Docteur H. ABOULKER

**Externat :**

Monsieur le Professeur GILLOT

Monsieur le Docteur GOINARD

Monsieur le Docteur BENHAMOU

Monsieur le Docteur L. RAYNAUD

**Internat :**

Monsieur le Docteur H. ABOULKER

Monsieur le Professeur GILLOT

Monsieur le Professeur LEBON

Monsieur le Docteur LEVY-VALENSI

Monsieur le Professeur LAFFONT

À MES MAITRES DE CONFERENCES
D'INTERNAT

MM. LES DOCTEURS SABADINI, COLONIEU,

HADIDA

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ALCAY, AURIACOMBE, BALLISTE, BECMEUR,

LAURIAC, MAYNADIÉ

A MES AMIS

# Avant-Propos

Alors que les grands progrès réalisés depuis Pasteur dans le domaine de l'asepsie et de l'antisepsie ont permis de diminuer considérablement la morbidité des suites de couches, il est pénible de constater que le nombre des accidents infectieux post-abortifs, va sans cesse croissant.

La fréquence des avortements criminels augmente en effet chaque jour dans des proportions inquiétantes, et les conditions dans lesquelles ils sont réalisés expliquent aisément les complications, souvent graves, qui les accompagnent.

Pour les mêmes raisons, les formes d'infection puerpérale que l'on a occasion de traiter actuellement dans les pavillons d'isolement annexés aux Maternités sont souvent différentes de celles qu'on avait coutume d'observer autrefois.

Parmi les différents aspects cliniques sous lesquels se présente à nous cette infection, il en est un particulièrement grave, la péritonite puerpérale, que l'on observait jadis assez souvent dans le post-partum et que l'on ne voit plus de nos jours, et par bonheur, que fort rarement. Par contre, la péritonite post-abortum n'a jamais été aussi fréquente.

Au cours de notre passage dans le service de Clinique Obstétricale de notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, nous avons eu l'occasion d'observer, outre de nombreuses pelvi-péritonites, trois cas de péritonite diffusée post-abortum, qui toutes trois ont guéri après intervention.

D'assez nombreuses observations semblables de guérison ont été publiées dans la littérature médicale de ces dernières années, mais n'omet-on pas trop souvent de citer aussi les cas malheureux ?

La question du traitement chirurgical de la péritonite diffusée post-abortum soulève d'intéressants problèmes. Sur les conseils de notre Maître Monsieur le Professeur Agrégé HOUEL, nous avons pensé faire œuvre utile en y consacrant notre travail inaugural.

# Introduction

L'infection de la grande séreuse péritonéale se traduit, en clinique, par des aspects qui diffèrent suivant son point de départ.

En dehors des signes communs à presque toutes les péritonites aiguës et constituant le syndrome péritonéal, il en est d'autres qui appartiennent en propre à chaque forme étiologique.

Les péritonites puerpérales sont particulièrement individualisées, doublement pourrait-on dire, d'abord en tant que péritonites génitales, et surtout en tant que péritonites survenant au cours de la puerpéralité.

Les modifications anatomiques et physiologiques qu'entraine chez la femme, cet état puerpéral, leur impriment en effet un caractère spécial, une gravité particulière.

Par *péritonites puerpérales,* il est classique d'entendre toute infection de la séreuse péritonéale, survenant dans les suites de couches ou de fausse couche, et ayant trouvé son origine au niveau des organes génitaux plus ou moins lesés au cours de l'accouchement ou de l'avortement.

C'est une forme clinique de l'infection puerpérale telle que la définissent Budin et Demelin, qui confondent sous cette même dénomination « toutes les « maladies qui résultent de l'inoculation septique

« des plaies de l'appareil génital au moment de « l'accouchement et de l'avortement ».

Nous ne nous occuperons donc pas des péritonites de cause étrangère pouvant survenir au cours de la puerpéralité.

Notre intention n'est pas non plus d'étudier toutes les péritonites puerpérales. Selon qu'elles surviennent dans le post-partum ou le post-abortum elles revêtent un aspect particulier; et cela se conçoit, car les conditions anatomiques et physiologiques sont bien différentes dans les premiers mois de la gestation de ce qu'elles seront au terme.

Lorsqu'il s'agit d'un avortement, la surface que le muscle utérin offre à l'infection est bien moindre, les lymphatiques sont infiniments moins développés, les sinus veineux n'ont pas atteint les proportions qu'ils auront au moment de l'accouchement.

La femme enceinte, dont la résistance à l'infection est moindre qu'à l'état normal, ne doit cependant pas être au début de sa grossesse dans le même état d'« anergie » qu'après l'accouchement.

De plus, le mode d'infection n'est, la plupart du temps, pas le même dans les deux cas.

Alors que dans le post-partum il est possible d'observer des infections autogènes, alors que la voie de propagation de l'infection est presque toujours la voie lymphatique, dans le post-abortum au contraire, l'infection est le plus souvent causée par des germes venus du dehors, et portés, grâce à un traumatisme, directement au contact de la

séreuse. D'ailleurs, les péritonites consécutives à un avortement spontané sont rares.

Ces circonstances étiologiques, cette pathogénie distincte permettent de prévoir des signes cliniques différents; de même le traitement reconnaîtra probablement dans l'un et l'autre cas, des indications spéciales.

Les péritonites puerpérales du post-partum ont fait l'objet tout récemment d'un mémoire très détaillé. (Suzor, thèse de Paris 1928). Notre étude se bornera aux péritonites du post-abortum.

Le plus souvent, après l'avortement, lorsque le péritoine est atteint par le processus infectieux, il y a d'abord localisation de l'infection, sous forme de pelvi-péritonite. Celles-ci sont fort bien connues et ne nous retiendront pas. Nous avons limité notre sujet à l'étude des seules péritonites « *diffusées* ».

Nous devons nous expliquer dès maintenant sur le choix de ce terme.

Au cours de présentations de malades à la Société d'Ostétrique et de Gynécologie de Lyon, Voron s'est élevé contre l'indifférence avec laquelle les auteurs appliquent aux péritonites le qualificatif de « diffusée » ou de « généralisée », ce dernier impliquant des lésions plus étendues et un pronostic presque fatal.

La péritonite généralisée a en effet, pendant longtemps, été seule opposée aux formes localisées de l'infection péritonéale.

Par là, certains auteurs entendaient une péritonite dans laquelle l'exsudat était libre dans la

cavité abdominale, non bridé par des adhérences, sans s'inquiéter de savoir si la séreuse en totalité avait réagi à l'infection.

Pour d'autres, la péritonite généralisée est celle dans laquelle on constate, à l'ouverture de la séreuse, la présence de pus dans tous les étages de l'abdomen, jusque sous le diagraphame.

D'autres enfin englobent sous ce terme, les formes d'infection aiguës du péritoine, atteignant d'emblée toute la séreuse.

Si l'on s'en tient au sens propre du mot, ce terme implique l'infection du péritoine dans sa totalité, primitive d'emblée comme, par exemple, dans la septicémie péritonéale, ou secondaire à une affection qui, d'abord localisée, a « diffusé » ensuite et a envahi tout le péritoine. Entre les péritonites localisées et les péritonites généralisées il y a donc place pour une forme intermédiaire. Et c'est là que nous voulons en venir. Dans les formes qui nous occupent, après un stade de pelvi-péritonite, l'infection « diffuse » à tout le reste de la séreuse. Mais cette diffusion se fait progressivement. S'il n'est rien tenté pour arrêter sa marche, le processus infectieux pourra finir par être « généralisé » au sens propre du mot. C'est là une éventualité rare; du reste, si « tout » le péritoine est vraiment atteint par l'infection, nous croyons, avec la majorité des Auteurs, toute guérison impossible.

C'est donc à tort, nous semble-t-il, que l'on emploie indifféremment les termes « généralisée »

ou « diffusée ». Notre intention au cours de cette étude est d'envisager les formes de péritonites qui, après avoir été localisées à un certain point de la séreuse en sont au stade de « diffusion » ou, si l'on veut, en voie de généralisation.

PREMIÈRE PARTIE

# Étude Clinique

CHAPITRE PREMIER

## Historique

Les péritonites puerpérales n'ont pas, à vrai dire, d'historique qui leur appartienne en propre. Bien qu'elles soient des formes nettement individualisées de l'infection aiguë de la séreuse péritonéale, elles n'ont guère été étudiées qu'englobées dans la masse générale des péritonites, ou dans celle des multiples formes cliniques sous lesquelles peut se présenter l'infection puerpérale.

C'est donc un rapide exposé de l'évolution des idées dans le traitement de ces affections que nous nous bornerons à faire ici.

L'idée d'évacuer par le vagin le pus que contenait la cavité péritonéale est la première que l'on trouve dans les anciens auteurs.

Dès 1643, Guillemeau enseignait la colpotomie. Mais le premier travail important fait sur cette question est dû à Récamier (1841). Elle n'obtint pourtant pas aussitôt la faveur des chirurgiens, car dans le même moment, Chanel donna un regain de faveur à une thérapeutique ancienne : la ponction abdominale, et Guérin, Hervieux, Ferreol le suivirent dans cette voie.

En 1845, Graux préconisa à nouveau la colpotomie, et 10 ans plus tard, Peasle fit le premier drainage du cul-de-sac de Douglas, au moyen d'une sonde élastique.

C'est en 1861 que Delaplagne et Netter ont fait, semble-t-il, la première laparotomie pour traiter une péritonite, et, en 1867, fut réalisé le premier drainage du péritoine par la voie abdominale (Koeberlé).

En 1875, les chirurgiens deviennent nettement plus interventionnistes, à la suite de Netter, de Nancy, qui prône la laparotomie, et l'année suivante quelques succès dus à cette intervention sont publiés par Kayser.

Cette même année 1876, Olshausen a l'idée d'allier laparotomie et colpotomie et fait le premier drainage abdomino-vaginal.

En 1880, avec Anton Schmidt, Lawson Tait, Israel, s'ouvre vraiment le débat sur la question du traitement chirurgical des péritonites aiguës; ce débat sera clos en 1886 par la thèse d'agrégation de Truc, dans laquelle il montre la nécessité de l'intervention, et dès lors la plupart des chirurgiens se rangent à cet avis.

La question est mise à l'ordre du jour du Congrès Français de Chirurgie de 1889. Bouilly apporte à ses auditeurs une statistique de 12 cas de péritonite généralisée, traités par la laparotomie avec 50 % de succès. Sur 6 péritonites puerpérales, il a obtenu 2 guérisons.

Comme le dira plus tard Jeannin, c'est une grande date dans l'histoire du traitement des péritonites

puerpérales, et à l'appui de ses dires, il cite les paroles textuelles de Bouilly.

« Si l'on considère qu'il s'agissait de cas vraiment désespérés, d'opérations faites sur de vraies moribondes avec des indications encore mal posées, avec la crainte d'opérer mal à propos et en ayant laissé peut-être ainsi passer l'heure opportune, on conviendra qu'il n'y a pas encore lieu de se décourager et qu'on a le droit de persévérer dans cette voie. Si l'on considère, en outre, que nous assistions jusqu'ici en spectateurs impuissants à ce drame, dont la mort est toujours le dénouement, ne peut-on se flatter qu'avoir osé agir est déjà un progrès ?»

L'intervention comportait une petite incision sous-ombilicale suivie de lavage et de drainage du péritoine.

Maintenant, il est définitivement admis que ce traitement doit être exclusivement chirurgical. La discussion va se reporter sur cette question de drainage, et sur d'autres questions de détail.

Déjà, en 1881, Hegar a ajouté au drainage par tubes, le drainage capillaire au moyen de compresses. Puis, Mikulicz, en 1884, applique à la chirurgie abdominale le système de tamponnement des plaies par la gaze qu'avaient préconisé Bergmann et Kocher.

Le drainage abdominal va du reste trouver des adversaires acharnés tels que Beckel. Ce dernier en 1889, à ce même Congrès de Chirurgie où avait été entendu le Rapport de Bouilly, ne craindra pas de dire que c'est une « erreur chirurgicale basée

sur la méconnaissance des propriétés de la séreuse péritonéale et de ses réactions de défense vis-à-vis de l'infection ».

Le drainage à la Mikulicz, va pourtant jouir d'une grande faveur, et Pozzi, Laroyenne, Poncet, Pollosson le défendront en France contre ses détracteurs.

En 1890, Henrotin préconise l'entérostomie pour parer à l'iléus paralytique.

En 1894, Tarnier, pour qui le diagnostic de péritonite « équivaut presque à un arrêt de mort » frappé du succés obtenu, déclare à ses élèves qu'ils seront autorisés à opérer les péritonites puerpérales.

La même année, des chirurgiens étrangers, parmi lesquels Sippel, Davis, Peterson, Holmes, conseillent de faire l'hystérectomie dans certaines formes d'infection puerpérale. Cette idée sera diffusée en France par les travaux de Tuffier et Bonamy en 1899.

Fallait-il la faire dans les péritonites ? la plupart de ses partisans répondirent par l'affirmative. Et de fait quelques succès avaient été enregistrés. (Smith).

En 1897, le Congrès allemand de Chirurgie préconise les incisions et drainages multiples.

Fowler, en 1900, conseille de placer les opérées dans la position demi-assise, à laquelle on a donné son nom.

Les Congrès Internationaux d'Obstétrique et de Chirurgie de Rome en 1903 et de Madrid en 1905,

discutent les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

En 1905, Boldt, à la Société Obstétricale de New-York rapporte un cas d'hystérectomie vaginale pour péritonite puerpérale consécutive à un avortement.

Cette même année eurent lieu à la Société d'Obstétrique de Paris des discussions qui firent mieux connaître les péritonites puerpérales.

Déjà en 1903, Doleris avait montré la différence que l'on devait faire entre les infections du post-partum et du post-abortum.

D'après Lepage (1905) c'est « commettre une confusion que désigner sous le nom commun de péritonites puerpérales les accidents infectieux qui surviennent chez les femmes, quel que soit l'âge de la grossesse, quel que soit le mode suivant lequel s'est faite l'infection. C'est commettre une double erreur non seulement au point de vue pathogénique, mais peut-être aussi au point de vue du traitement. »

Jeannin, en 1906 se range à son avis et en fait la première étude détaillée. Il conclut au traitement chirurgical très précoce qui, surtout dans le post-abortum, peut donner des résultats intéressants.

En 1909, Bumm au Congrès de Budapest préconise la laparotomie par incisions multiples dans le traitement des péritonites puerpérales.

Potocki, en 1910 conseille la Colpotomie dans la thèse de son élève Cardot, et Leriche inspire celle de Adde qui rapporte des cas de guérison par l'hystérectomie vaginale.

Au Congrés de Chirurgie de Paris de la même année, HARTMANN et TEMOIN concluent dans leur rapport à l'intervention rapide, précoce, simple, dans le traitement des péritonites aiguës et insistent sur les soins post-opératoires. (Position de Fowler, sérum à la Murphy).

Pendant cette période, le drainage est très discuté. Certains le condamnent. (KELLY, CLARK, DUDLEY, OLSHAUSEN). D'autres restreignent ses indications. (DELBET, CHAPUT, CONDAMIN).

La guerre de 1914 rappelle aux chirurgiens la nécessité du drainage. Depuis 1919, J.-L. FAURE s'est fait l'ardent défenseur du drainage à la Mikulicz.

Le Congrès de Chirurgie de Paris en 1927, s'occupe encore du drainage en Chirurgie abdominale. (CADENAT et PATEL).

Dans ces dernières années, tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il faut intervenir dans tous les cas et très précocement; mais, en ce qui concerne le mode d'intervention, aucune directive nette ne se dégage de cet ensemble de discussions et de travaux.

CHAPITRE II

## Étiologie et Pathogénie

Nous avons cru utile, avant d'aborder l'étude étiologique et pathogénique des péritonites diffusées post-abortum, d'esquisser un bref rappel anatomo-physiologique, qui nous permettra de mieux comprendre les particularités cliniques de ces péritonites et d'aborder avec plus de fruit leur étude thérapeutique.

Par définition, les péritonites diffusées dont nous allons entreprendre l'étude, peuvent apparaitre au cours des six premiers moix de la grossesse. En fait, elles succèdent le plus souvent à un avortement traumatique et c'est presque exclusivement dans le premier trimesre que nous aurons l'occasion de les observer.

L'évolution de l'utérus au cours de la gestation est marquée par l'hypertrophie de toutes ses parties constituantes : fibres musculaires, vaisseaux et nerfs. L'augmentation de volume de l'utérus est irrégulière. Elle ne commence vraiment que vers la cinquième semaine; elle est sensible au deuxième mois ; mais jusqu'à la fin du troisième mois, l'utérus restera un organe pelvien.

Ceci nous explique pourquoi dans le post-partum les infections péritonéales diffusent très vite à la séreuse de la grande cavité; dans le post-abortum au contraire, l'infection est presque toujours localisée d'abord au péritoine pelvien; cela grâce au péritoine des anses intestinales occupant la portion supérieure du petit bassin, et grâce à l'épiploon toujours prêt à obturer une perforation, qui contracteront des adhérences et fermeront le petit bassin en formant ainsi le « diaphragme pathologique » de Bernutz.

Les veines de l'utérus, sont, déjà à l'état normal, remarquables à la fois par leur nombre et leur volume. Elles se collectent d'abord dans de volumineux canaux réunis dans la couche moyenne; tous ces éléments s'hypertrophient du fait de la grossesse, et cela surtout dans la zone d'insertion ovulaire.

Le système lymphatique utérin est très important. Le nombre des vaisseaux n'augmente pas pendant la gestation, mais il y a une hyperplasie considérable. Ce qui est intéressant pour nous au début de la grossesse ce sont les larges communications existant entre les divers réseaux muqueux, musculeux, et sous-séreux. Cela fait bien comprendre la facilité avec laquelle l'infection pourra se propager de l'endomètre au péritoine.

L'état physiologique de la femme enceinte est modifié, et cela dès le début de la grossesse.

Ses réactions de défense sont diminuées. Bar a bien montré, à propos des maladies infectieuses survenant au cours de la puerpéralité, que «l'action

aggravante de la grossesse est due à cet état particulier dans lequel se trouverait nombre de femmes enceintes qui sont en état d'anergie »

Cette notion a été précisée par les recherches de Stern qui montra en 1911 la diminution de la sensibilité des femmes à la tuberculine vers la fin de la grossesse.

Plus récemment Brindeau a montré que la réaction de Schick à laquelle les femmes enceintes sont si sensibles devient nulle chez celles qui sont atteintes de pyélonéphrite.

Il est certain que cet état d'anergie est d'autant plus marqué que la grossesse est plus près du terme. C'est à ce moment là que les maladies infectieuses l'aggravent le plus.

Mais dès le début de la gestation il y a chez beaucoup de femmes des troubles d'équilibre indéniables : les malaises, les nausées, les vomissements des femmes enceintes en sont la preuve certaine.

Ces troubles toxiques sont probablement dus à la présence d'albumines étrangères, produits de désagrégation des tissus maternels par les éléments villeux du placenta. Du reste, n'observe-t-on pas souvent au cours du troisième ou quatrième mois une évolution rapide de certaines formes de tuberculose pulmonaire, l'aggravation de certaines cardiopathies ?

L'ordre physiologique est bien réellement troublé dès le début de la grossesse; nous terminerons ce très bref aperçu en citant l'expérience de Chomé, qui trouve ici particulièrement sa place.

Choississant un streptocoque non virulent pour le lapin il en injecte une culture dans le péritoine de femelles gravides et non gravides. Le péritoine de ces dernières ne présente aucune lésion après 48 heures ; au contraire les premières avortent et meurent. Le pus péritonéal, le foie, la rate, le cœur de ces animaux contiennent des streptocoques.

Cette expérience est suffisamment démonstrative et se passe de commentaires.

L'étiologie des péritonites survenant au cours de la puerpéralité est celle de l'infection puerpérale dont elles sont, nous l'avons vu, une variété clinique.

Il n'y a pas de germe spécifique de cette infection. Tous les microbes seront donc capables d'engendrer une péritonite puerpérale. Cependant certains d'entre eux méritent une place à part étant donnée la fréquence avec laquelle on les rencontre.

Dans nos observations la nature des germes contenus dans l'exsudat péritonéal n'est malheureusement pas indiquée la plupart du temps, soit que l'examen n'ait pas été fait, soit que les auteurs aient omis d'en parler. Dans dix observations seulement, cet examen de laboratoire a été noté.

Fait intéressant, dans la moitié des cas seulement les cultures ont révélé un germe à l'état pur. Dans quatre autres cas il y avait une association microbienne. Dans un cas enfin aucun germe n'a pu être décelé (Obs. 13).

Cette infection poly-microbienne s'observe souvent dans les accidents du post-abortum, alors que

les complications de suites de couches sont en général mono-microbienne.

Le *streptocoque* est le microbe le plus fréquemment rencontré mais, et c'est là encore un point qui sépare les péritonites du post-abortum de celles du post-partum, on le trouve beaucoup plus souvent dans les secondes que dans les premières. On l'a décélé à l'état pur dans trois de nos observations (n°s 2, 25, 28) ; une fois il était associé au staphylocoque (Obs. 18) ; ce dernier était seul en cause dans l'Obs. 19.

Le *pneumocoque* a pu être mis en évidence deux fois : la première, il était associé à l'entérocoque (Obs. 14), la seconde (Obs. 26), au coli et au pneumo-bacille. Celui-ci étant l'agent causal unique dans l'Obs. 45. Quelquefois la flore est très abondante et très variée (Obs. 31). D'autres fois, malgré les recherches, on n'arrive pas à mettre de germe en évidence (Obs. 13).

Dans les observations publiées par M. Jeannin en 1906 les résultats sont les suivants :

Obs. 52. — Strepto, diplocoque de Walthard (G).
Obs. 53. — Strepto. et germes divers (G).
Obs. 83. — Staphylo. Cocci. Anaérobies (M).
Obs. 98. — Staphylo. et bâonnets (G).
Obs. 104. — Strepto. et diplocoques (M).
Obs. 117. — Strepto. (G).

Dans cette statistique, le streptocoque a été rencontré plus souvent que dans la nôtre, mais presque toujours en association. En tous cas, il est à remarquer que sur un total de six observations, dont cinq

où le streptocoque était en cause, la guérison a été obtenue quatre fois. Il en est de même dans trois de nos observations sur quatre (nos 18, 25, 28).

Il est donc démontré, malgré l'opinion contraire exprimée par un certain nombre d'auteurs, que les péritonites puerpérales post-abortum streptococciques sont susceptibles de guérir, au moins dans quelques cas. Cette notion n'est pas indifférente au point de vue du traitement de cette grave complication de l'avortement.

D'où proviennent ces germes ? étaient-ils préexistants dans les voies génitales de la malade, ou bien ont-ils été apportés du dehors soit par un opérateur septique, soit par un agent traumatisant ?

Si l'on peut admettre l'infection autogène dans certains accidents du post-partum, il est plus difficile de le faire en ce qui concerne les avortements, au moins traumatiques.

Ceux-ci sont pour la plupart des avortements criminels où l'infection hétérogène est la règle, ce qui du reste aggrave leur pronostic.

Quelle voie vont emprunter ces germes pour aller infecter le péritoine ? Plusieurs s'offrent à eux.

1°. *Inoculation directe du péritoine ;*
2°. *Voie lymphatique ;*
3°. *Voie tubaire ;*
4°. *Voie sanguine.*

### 1° Inoculation directe du péritoine

C'est la voie la plus directe. Au cours d'un avortement criminel, les agents traumatisants, sonde

métallique, en caoutchouc ou en bois, végétaux, instruments les plus divers et les plus septiques, sont indifféremment employés. La technique peut être différente : le résultat sera trop souvent le même. La mise en place des corps étrangers, faite brutalement, aura assez souvent pour conséquence la perforation de l'utérus ou d'un cul-de-sac vaginal

A la suite de cette effraction, les germes seront directement déposés en plein péritoine, et l'on assistera, après cet « ensemencement », à l'éclosion d'une péritonite en tous points semblable aux péritonites traumatiques accidentelles, avec cependant une évolution particulière. Une perforation utérine a pu être mise en évidence dans nos obs. n[os] 1, 8, 31, 37, 38, 41, 45. Cette perforation peut également être due à l'ouverture d'un abcès utérin dans le péritoine, ou à la chute d'une escharre de gangrène. Ces éventualités sont très rares et nous n'avons pu en relever aucune observation.

### 2° Voie lymphatique

Les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, communiquent largement entre eux et avec ceux de la séreuse. Après une période de localisation utérine, d'endométrite, l'infection se propagera avec la plus plus grande facilité au péritoine par leur intermédiaire : il y aura à ce moment un stade de lymphangite. Pour Plauchu, Potvin cette voie serait la plus rare. Pour Bar, Brindeau, Siredey, Demelin

ce serait au contraire la plus fréquemment suivie par l'infection : celle-ci d'après DELBÉT emprunterait surtout les voies lymphatiques latéro-utérines. Il semble bien qu'il en soit ainsi : on peut en effet constater la lymphangite à l'intervention ou à l'autopsie.

### 3° Voie tubaire

On peut la comprendre de deux façons : dans un premier ordre d'idées, l'infection se propagerait de l'endomètre au péritoine par l'intermédiaire des lymphatiques de la trompe ; ce n'est alors là qu'une variante de la voie précédente. Mais on peut admettre aussi que les germes sont directement portés au contact du péritoine en suivant la muqueuse de la trompe ; nous n'avons pas fait d'étude anatomique qui nous permette de formuler une opinion à ce sujet. D'ailleurs cette voie est discutée.

### 4° Voie sanguine

La constation d'une hémoculture positive coexistant avec l'intégrité au moins apparente des organes génitaux peut la faire admettre dans certains cas. Il s'agirait alors de septicémie péritonéale post-abortum, ce qui est une éventualité relativement rare.

A notre avis les péritonites diffusées post-abortum reconnaissent surtout deux modes d'infection :

l'effraction directe de la séreuse, et la voie lymphatique.

Peu importe, du reste, le mode d'inoculation de la séreuse. Lorsque le péritoine sera atteint par le processus infectieux il réagira, et cette réaction sera bien davantage fonction de la virulence des germes et du « terrain » récepteur que de la voie d'invasion suivie par les agents pathogènes.

## CHAPITRE III

# Symptomatologie

Suzor a bien montré « qu'il existe, chez la femme récemment accouchée, un syndrome péritonéal distinct de celui pouvant apparaître en dehors de l'état puerpéral ». Dans les péritonites puerpérales du post-partum, on est frappé, en effet, par la rareté des vomissements, la fréquence de la diarrhée et l'apparition presque constante d'un frisson initial. Ce frisson fait au contraire le plus souvent défaut dans le tableau clinique de la péritonite diffusée post-abortum. Les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz y sont, par contre, de règle.

Les péritonites diffusées post-abortum peuvent-elles être rangées parmi les péritonites puerpérales? Leur symptomatologie est-elle identique à celle des infections du péritoine survenant dans les suites de couches? C'est l'avis exprimé par Cardot dans sa thèse écrite sous l'inspiration de Potocki en 1910. « Par état puerpéral nous entendons les conditions dans lesquelles se trouve une femme expulsant un produit de conception de quelque âge soit-il. Nous ne ferons pas de différence entre les péritonites généralisées post-partum et post-abortum. Dans les deux cas l'infection

est identique et peut donner naissance aux mêmes symptômes ».

Naz exprime la même opinion : « La séreuse est, dans les deux cas, infectée ; elle est le siège d'une péritonite généralisée. Quelle soit post-partum ou post-abortum, la maladie se présente avec les mêmes symptômes. »

Miquel, dans une thèse consacrée au traitement, par le drainage abdomino-vaginal, des péritonites puerpérales diffusées, fait également siennes ces idées, et groupe dans un même tableau clinique ces deux formes de péritonite.

Nous avons vu précédemment que les conditions anatomiques et physiologiques étaient loin d'être les mêmes au début de la grossesse et à terme. Il semble donc, à priori, que l'on doive observer des symptômes différents à l'une et l'autre époque. Le siège de l'infection est le même, mais ce qui conditionne le mode de réaction de l'organisme, c'est au moins autant l'état physiologique de la malade que la localisation anatomique des lésions.

Nous devons donc nous attendre à trouver dans les péritonites post-abortum, un tableau clinique différent de celui rencontré dans les formes du post-partum.

Leur symptomatologie sera-t-elle celle des péritonites de la période non puerpérale ? Vraisemblablement elle s'en séparera sur certains points, étant donnée l'influence de l'état puerpéral.

Pour nous rendre compte de la place exacte à attribuer aux péritonites diffusées post-abortum, nous allons étudier, un par un, les principaux si-

gnes dont l'ensemble constitue le syndrome péritonéal. Nous examinerons successivement :

1°. Les signes généraux,
2°. Les signes physiques,
3°. Les signes fonctionnels,

en nous basant pour cette étude sur nos observations.

## 1° SIGNES GÉNÉRAUX

### Température et Pouls.

L'étude de la courbe de température n'a aucune valeur pour étayer le diagnostic de péritonite. Elle ne permet pas d'établir une distinction entre les différentes formes de péritonites quelle qu'en soit l'origine. La plupart du temps en effet, avant que la séreuse péritonéale ne soit atteinte par l'infection, il existait une localisation utérine ou pelvienne dont la présence entraînait déjà une pyrexie plus ou moins importante. Quoi qu'il en soit, le début de l'infection est constamment marqué par une ascension thermique. Dans les jours qui suivent, la température se maintient en général aux environs de 39° à 40°. Dans les formes suraiguës il est frappant de remarquer que la fièvre est en général peu élevée ; on observe même souvent de l'hypothermie.

Les caractères du pouls n'ont, eux non plus, rien de pathognomonique. Il est toujours rapide. En général petit, dépressible il devient, comme dans toutes les formes d'infections péritonéales, à l'ap-

proche de la période terminale, filiforme, incomptable, en dissociation nette avec la température (courbe en ciseaux).

**Frissons.**

Le frisson est un signe quasi-constant dans toutes les formes anatomo-cliniques de l'infection puerpérale. Il est loin, cependant, d'avoir, dans les péritonites, la même fréquence que dans d'autres variétés de l'infection puerpérale, notamment les phlébites utéro-pelviennes. Il est, peut-être, moins fréquent dans les formes du post-abortum que dans celles du post-partum. Dans nos observations, il a été noté dans vingt pour cent des cas. Lorsqu'il existe, c'est, en général, un grand frisson solennel qui dure plusieurs minutes, donnant à la malade une sensation de froid intense, s'accompagnant de tremblement généralisé et de claquement des dents. Mais on peut observer également un petit frisson plusieurs fois répété dans la journée.

**Facies.**

Alors que dans les péritonites des suites de couches les modifications du facies sont inconstantes, dans les péritonites diffusées post-abortum les altérations des traits sont extrêmement rapides et frappantes; elles constituent le « facies péritonéal » si caractéristique : les yeux sont excavés ; les lèvres, couvertes de fuliginosités, sont pincées ainsi que le nez dons les ailes battent rapidement. La soif est vive, la langue sèche. Contrastant avec cet aspect

physique grave on peut constater, au lieu de l'anxiété classique, un certain état d'euphorie, bien particulier à la puerpéralité.

## 2° SIGNES PHYSIQUES

### Signe de Delbet.

L'absence de respiration abdominale, par l'immobilisation du diaphragme due à la contracture permanente de la paroi, a été notée assez rarement (Obs. n$^{os}$ 3, 7, 14, 19, 21, 30, 45). De même que dans les péritonites post-partum, le plus souvent « le ventre respire », ce qui les différencie toutes deux des autres formes où ce signe est le plus souvent positif.

### Défense.

Localisée ou généralisée elle s'observe constamment à la palpation superficielle ou profonde. Au début, elle est toujours limitée à une partie de l'abdomen. Souvent on la trouvera uniquement dans la région sous-ombilicale. Quelquefois on a pu observer des zones nettement limitées à topographie spéciale (défense en croissant, Obs. n° 22). Dans certains cas, rares en vérité, il semble que l'on puisse, avant l'intervention, prévoir la hauteur de la diffusion du processus infectieux en mesurant celle de cette défense musculaire.

L'intensité de cette défense est variable : s'il faut quelques fois accentuer la pression pour la provo-

quer, dans d'autres cas on observe presque de la contracture.

Ce signe est d'ailleurs assez souvent transitoire. *Le Météorisme abdominal* presque constant, ne tardera pas à la masquer plus ou moins complètement. Ce météorisme est d'importance variable ; quelquefois le ballonnement abdominal est à peine marqué ; mais en général il est intense, génant beaucoup la respiration dont la fréquence est augmentée. La peau peut être tendue, luisante, sillonnée de veines très apparentes. On est mal fixé sur son mode de production : en effet il accompagne aussi bien l'arrêt des matières et des gaz que la diarrhée.

### 3° SIGNES FONCTIONNELS

Il en existe trois principaux :
*La douleur,*
*Les vomissements,*
*L'arrêt des matières et des gaz.*

**Douleur.**

De tous les symptômes c'est le plus constant. Elle peut être spontanée ou provoquée. Spontanée, elle est souvent le premier symptôme constaté (Obs. n$^{os}$ 1, 12, 13, 14, 17 à 20, 25, 27, 28, 31, 40, 44, 45).

C'est une douleur brutale, violente, ressentie le plus souvent soudainement par la malade. Elle a son point de départ soit dans une fosse iliaque, soit

au niveau d'une corne utérine ; elle peut encore apparaître sous la forme d'un point de côté abdominal, en général assez élevé. Bientôt cette douleur s'irradiera à tout l'abdomen. Très vive, elle rend parfois insupportable à la malade tout changement de position, et jusqu'au contact des draps. Cette hypéresthésie cutanée est assez rare dans les péritonites post-partum, de même que dans celles du post-abortum ; on la rencontre assez souvent au contraire, au moins au début, dans les péritonites non puerpérales. Nous ne l'avons trouvée que quatre fois (Obs. 11, 12, 13, 19).

La douleur spontanée n'est pas toujours constatée surtout à ce degré là ; en tout cas elle ne dure en général que peu de temps, avec une telle intensité.

Mais la palpation réveillera toujours une douleur généralisée à tout l'abdomen. L'application d'une vessie de glace n'arrive pas à la calmer comme elle calme celle d'une infection localisée à l'utérus. Dans certains cas il peut y avoir là un signe intéressant pour le diagnostic.

**Vomissements.**

Dans les péritonites non puerpérales, ils ne manquent jamais. Dans celles des suites de couches ils sont assez rares ou, en tous cas, d'apparition tardive (Suzor les a trouvés huit fois sur vingt observations). Dans les péritonites diffusées du post-abortum ils sont très fréquents : nous les avons notés 31 fois. Leur absence n'a été formellement indiquée que dans trois observations. Sans être tar-

difs comme dans les formes du post-partum, ils sont cependant assez souvent d'apparition moins précoce que dans les autres péritonites. Ce sont, le plus souvent, des vomissements bilieux, porracés, rarement alimentaires. Quelquefois, ils sont accompagnés de hoquets, mais cela est rare (Obs. nos 19, 29, 40).

**Arrêt des matières et des gaz.**

L'intestin est presque toujours paralysé, et l'on observe un arrêt complet des matières et des gaz. Cependant, on peut noter quelquefois la diarrhée, si fréquemment constatée dans les péritonites des suites de couches. Nous l'avons notée dans onze pour cent des cas (Obs. nos 3, 4, 10, 17, 32). C'est assez souvent une diarrhée noirâtre, abondante, fétide.

Si maintenant, après avoir étudié séparément chaque symptôme, nous voulons essayer de voir en quoi les péritonites diffusées du post-abortum se différencient des autres formes d'infection péritonéale, nous dirons que, d'une façon générale, elles se présentent avec un tableau clinique qui se rapproche beaucoup de celui des péritonites non puerpérales.

Cependant, la puerpéralité leur imprime, dans quelques cas, une allure particulière et on peut alors observer, mais d'une façon inconstante ou atténuée, les symptômes caractéristiques des péritonites du post-abortum.

Avant de procéder à l'étude de leur diagnostic, nous dirons quelques mots des formes cliniques sous lesquelles elles peuvent se manifester à nous.

## FORMES CLINIQUES

On en distingue trois principales :

1°. *La péritonite suraiguë, ou septicémie péritonéale,* qui est le prototype de la péritonite généralisée d'emblée.

2°. *La péritonite aiguë diffusée,* qui n'est, en somme, qu'une péritonite en voie de généralisation.

3°. *La péritonite subaiguë, forme souvent tardive.*

### 1° Péritonites suraiguës.

Cette forme est rare après l'avortement. On l'observe surtout dans les affections du post-partum. Elle est caractérisée par l'absence presque totale des signes péritonéaux. Le seul constaté d'une façon à peu près régulière est le ballonnement abdominal qui peut atteindre ici un très grand développement. La diarrhée s'y observe également assez souvent.

Par contre, les signes généraux dominent la scène. Le faciès est profondément altéré comme dans toute septicémie. La respiration est courte, saccadée, le pouls est petit, incomptable. La température, après une élévation très accusée, retombe presque aussitôt à la normale, et en deux ou trois

jours, la malade meurt dans le coma, assez souvent en hypothermie.

A l'autopsie, on ne constate jamais la présence d'adhérences ni même de fausses membranes. On trouve quelquefois du liquide séro-fibrineux ou séro-hématique, en assez grande abondance. Mais cet épanchement peut faire complètement défaut. Dans ce cas, on note simplement une congestion, une rougeur des anses intestinales distendues. Le péritoine aussi est légèrement congestionné ; les organes génitaux sont normaux. (C'est la forme foudroyante ou sèche d'Hervieux).

**2° Péritonites aiguës diffusées.**

C'est la forme la plus commune, que nous retrouvons dans presque toutes nos observations, celle que nous avons surtout en vue dans cette étude.

Elle débute, le plus souvent, du deuxième au cinquième jour après l'avortement ou le traumatisme infectant. C'est surtout dans cette forme que l'on observe le frisson initial, annonciateur de l'infection péritonéale. Mais plus souvent encore, la douleur est le premier symptôme. Bientôt s'installe un syndrome péritonéal, qui se présente ici sous son aspect le plus caractéristique. Abandonnée à elle-même, cette forme évoluera fatalement vers la mort. La période terminale sera annoncée par la sédation des phénomènes douloureux, une amélioration passagère et trompeuse de l'état général, se traduisant pour la malade par une sensation d'euphorie. La dissociation entre le pouls et la température tend à s'accentuer, le pouls s'accélérant, de-

venant incomptable, alors que la température a tendance à revenir à la normale ou même au dessous. La mort se produit en cinq à six jours.

Dans ces cas, à l'ouverture du péritoine, on trouve une grande quantité de pus ou de liquide plus ou moins trouble. Ce liquide tend à devenir de plus en plus épais, au fur et à mesure que l'on se rapproche du petit bassin. Il baigne les anses intestinales distendues, congestionnées, recouvertes de fausses membranes, et contient souvent des flocons purulents à l'état libre. La cavité péritonéale peut être divisée par les adhérences en plusieurs loges, incomplètement fermées d'ailleurs ; c'est ce que Nélaton a appelé la *péritonite purulente à foyers multiples.*

On a souvent l'occasion, dans cette forme clinique, de constater des perforations de l'utérus ou des culs-de-sac. Assez fréquemment les annexes sont le siège de foyers suppuratifs.

### 3° Péritonites subaiguës.

Comme toutes les formes tardives de l'infection puerpérale, c'est là, assez souvent, une variété atténuée des péritonites post-abortum. Elle apparaît assez tardivement, après le dixième jour en général.

Tous les symptômes caractéristiques de la péritonite peuvent y être rencontrés ; mais, le plus souvent, ils sont plus ou moins effacés. Elle se différencie surtout des autres formes cliniques par la bénignité relative de son pronostic.

Les succès opératoires y sont plus fréquents que dans les autres formes (Obs. n$^{os}$ 18, 19, 20, 21, 23, 29, 33 : un seul décès : n° 29).

Lors de l'intervention, on constate l'aspect dépoli de la séreuse. Les anses intestinales sont reliées les unes aux autres, agglutinées par de nombreuses fausses-membranes. Elles constituent ainsi un véritable bloc intestinal qui flotte au milieu d'un liquide franchement purulent, assez abondant en général.

CHAPITRE IV

## Diagnostic

Avant d'affirmer le diagnostic de péritonite diffusée du post-abortum il faut avoir acquis une certitude sur les trois points suivants :

*A. La malade est une « puerpérale »,*

*B. Le syndrome aigu est bien un syndrome péritonéal,*

*C. La péritonite est réellement due à l'avortement.*

Une réponse affirmative à ces questions peut seule éviter de commettre une erreur ; et s'il est, somme toute, relativement peu grave d'errer quant à l'origine du syndrome péritonéal, ce serait, par contre, une faute lourde de méconnaître l'existence même de la péritonite. Le salut de la malade dépendra, nous le verrons plus loin, de la précocité de l'intervention.

### A) La malade est bien une « puerpérale ».

Il pourrait sembler superflu de répondre à cette question. Cependant, la notion d'un avortement

antérieur n'est pas toujours connue du médecin. Souvent même l'abortum est nié contre toute évidence. C'est là un point important. Un observateur non averti, pour peu qu'il ait quelques hésitations, pourra se laisser égarer.

En général cependant, il est bien rare que quelques manifestations n'attirent pas l'attention du côté des organes génitaux.

En règle absolue d'ailleurs, tout syndrome abdominal aigu survenant chez une femme, doit systématiquement faire pratiquer le toucher ; dans les cas récents tout au moins, ce mode d'exploration mettra à peu près certainement le médecin sur la voie de la fausse couche.

**B) Le syndrome aigu est bien une péritonite.**

Nous avons vu le peu de valeur diagnostique de la courbe de température, du rythme du pouls, ou des frissons ; ces derniers en particulier sont bien inconstants et sont par ailleurs, d'observation courante dans la plupart des formes anatomo-cliniques de l'infection puerpérale. L'altération du facies se retrouve aussi dans les formes sévères de la fièvre puerpérale et en particulier dans les septicémies.

Mais d'autres signes doivent attirer l'attention du praticien vers le péritoine. Ce sont :

*La douleur,*
*Les vomissements.*
*L'arrêt des matières et des gaz,*
*Le météorisme abdominal.*

LA DOULEUR.

Le début brusque en un point localisé de l'abdomen a une certaine valeur, surtout lorsque le siège en est élevé ou latéral. Sa généralisation à tout l'abdomen a une grande importance, si l'on voit la malade plus tardivement. C'est un signe constant mais son siège peut quelquefois prêter à confusion avec la douleur de l'endométrite ou des salpingo-ovarites et surtout avec celle de la pelvi-péritonite.

LES VOMISSEMENTS.

Ils constituent l'un des meilleurs signes de l'atteinte de la séreuse péritonéale. Ils sont rares dans les autres formes d'infection puerpérale, sauf dans la pelvi-péritonite. Dans ces cas on les observe tout au début de l'infection, mais ils disparaissent en général assez vite. Le contraire se passe dans les péritonites diffusées ; là, ils sont à peu près constants, mais n'apparaissent pas toujours précocement. Le plus souvent ils sont porracés alors que dans la péritonite pelvienne ils sont surtout alimentaires. Leur persistance dans le cas de pelvi-péritonite indiquerait d'ailleurs une tendance de l'infection à diffuser vers la séreuse de l'étage supérieur.

ARRÊT DES MATIÈRES ET DES GAZ.

C'est là un symptôme constant dans la péritonite diffusée; beaucoup plus rare, au contraire, au cours de la pelvi-péritonite. Dans ce cas il s'agit plutôt d'une contispation opiniâtre que d'un arrêt total du transit intestinal.

MÉTÉORISME ABDOMINAL.

Il ne manque presque jamais : généralisé ou remontant au-dessus de l'ombilic, dans les cas de péritonites diffusées, il ne dépassera pas en général cette limite s'il s'agit d'une forme localisée. Dans les premières formes il sera souvent assez étendu pour amener la disparition de la matité hépatique (Obs. 7 et 14 à 18).

Tels sont les principaux symptômes devant faire penser à une infection diffuse de la séreuse péritonéale ; c'est en s'appuyant sur eux que l'on pourra éliminer la pelvi-péritonite; lorsque celle-ci, en effet, s'accompagne de symptômes abdominaux importants tels que : ballonnement, défense et douleur, il ne faut pas oublier qu'ils sont toujours localisés à la région sous-ombilicale. D'ailleurs c'est le toucher vaginal qui tranchera le mieux la question : dans les pelvi-péritonites il sera toujours très douloureux et montrera la présence d'un empâtement plus ou moins étendu des culs de sacs; la consistance de cet empâtement est plus ou moins prononcée; on peut avoir de la fluctuation. Dans les péritonites diffusées, la présence de liquide dans le Douglas ne se traduit souvent pas par de la rénittence. Le toucher peut être indolore, et sembler normal.

Mais la pelvi-péritonite n'est pas la seule affection avec laquelle on puisse confondre une péritonite diffusée.

Sachant bien que l'on a affaire à une puerpérale présentant un syndrome péritonéal il faudra encore rapporter se syndrome à sa véritable cause.

**C) L'origine de la péritonite provient de l'avortement.**

La péritonite appendiculaire peut dans certains cas prêter à confusion, d'autant plus qu'une crise peut avoir été réveillée par l'avortement. L'anamnèse sera souvent d'un précieux concours, soit en apprenant l'existence de crises antérieures, soit en renseignant sur le mode de début des accidents. Ceux-ci auront en général débuté classiquement par une douleur brutale, d'abord bien localisée au point d'élection; puis cette douleur aura diffusé au reste de l'abdomen. Les vomissements auront le plus souvent existé dès le début. Du reste, si le diagnostic est inexact l'intervention étant de toutes façons nécessaire, il sera facile de réparer l'erreur.

Une crise aiguë de salpingite s'accompagnant de forte réaction péritonéale pourra également prêter à confusion. De même la rupture d'un pyo-salpinx en péritoine libre (nous en avons un exemple dans l'obs. n° 19).

Ces accidents peuvent en imposer pour une péritonite diffusée, surtout lorsque l'interrogatoire aura révélé un lourd passé génital ; pour peu que le toucher révèle la présence, dans un cul-de-sac, d'une masse annexielle douloureuse, la confusion est à peu près fatale.

Une occlusion intestinale survenant chez une femme qui vient de faire un avortement peut également être confondue avec la péritonite. Beaucoup de signes sont communs puisque dans l'infection péritonéale l'intestin est presque toujours pa-

ralysé. Pourtant le caractère des vomissements pourra souvent aider à faire le départ entre ces deux affections. Dans l'occulusion intestinale, après avoir été porracés, les vomissements deviennent vite fécaloïdes; au contraire dans la péritonite ils restent en général porracés. De plus, l'absence de température le plus souvent constatée dans l'occlusion aiguillera vers elle le diagnostic.

En somme la seule erreur qu'il importe à tout prix d éviter, c'est de méconnaître la péritonite.

C'est là, malheureusement, une éventualité toujours possibles, tellement les symptômes sont atténués dans certains cas ; il faut bien savoir qu'il y a des formes frustes évoluant silencieusement, véritables « trouvailles d'autopsies ».

Au moindre doute, aucune hésitation n'est permise; une décision rapide et l'exploration du péritoine constituent le seul moyen capable d'améliorer le pronostic de la péritonite diffusée.

Une simple « boutonnière sus-pubienne » y suffira. Cette pratique ne présente, en cas d'erreur de diagnostic, aucun danger pour la malade.

## CHAPITRE V

# Pronostic

Tant que les péritonites diffusées ont été livrées à elles-mêmes, elles ont évolué fatalement vers la mort. Il n'existe pas d'observation authentique de guérison par le traitement médical, quel qu'il soit. Des cas ont pu en être cités : selon toute vraisemblance il devait s'agir de pelvi-péritonite.

L'institution du traitement chirurgical a bien amélioré leur pronostic et l'on sait maintenant que ce dernier sera d'autant moins grave que l'intervention aura été plus précoce.

Dans une statistique groupant les péritonites puerpérales du post-partum et du post-abortum, Parache trouve en effet 54 % de guérisons lorsque on opère dans les 24 premières heures; 42 % dans les 48 heures et 31 % seulement lorsqu'on intervient au cours du 3e jour.

Pour sensibles qu'aient été les progrès réalisés (notre statistique globale donne 60 % de guérisons) il n'en reste pas moins vrai que, si le pronostic des péritonites diffusées post-abortum est moins sombre que celui des péritonites des suites de couches, il demeure beaucoup plus grave que dans

les infections péritonéales survenant en dehors de la puerpéralité.

Quels sont donc les éléments de variation du pronostic ?

Comme dans toute infection puerpérale, c'est d'abord le terrain et le degré plus ou moins grand de virulence des germes.

Il est bien évident que plus l'équilibre physiologique d'une femme enceinte sera troublé par la grossesse, moins puissantes seront ses réactions de défense. D'autre part, plus l'avortement sera tardif, plus il y aura de risques d'infection, par suite de la plus grande surface offerte à l'infection.

L'origine exogène des germes sera également un facteur aggravant. A ce point de vue les anamnestiques seront indispensables pour l'établissement de ce pronostic.

L'avortement est-il spontané ? Celui-ci est relativement bénin. Au contraire il s'agit d'un avortement criminel, d'une infection hétérogène sans aucun doute : il faut faire de prudentes réserves.

Si l'on peut avoir des détails sur les conditions dans lesquelles le traumatisme a été pratiqué, on obtiendra des renseignements qui rendront plus facile l'établissement du pronostic.

La notion du milieu où l'avortement a été fait, du corps étranger employé, est importante. Il est certain qu'à ce point de vue, les tiges de végétaux sont particulièrement dangereuses, car elles ne sont pas stérilisables, alors que les sondes, employées le plus souvent par les avorteuses pro-

fessionnelles plus ou moins au courant des méthodes aseptiques, le sont en général.
ou moins au courant des méthodes aseptiques, le sont en général.

Ce qui aggrave surtout le pronostic des péritonites diffusées post-abortum c'est que les malades tardent, en général, à ce faire examiner par le médecin, ne voulant pas avouer le traumatisme. Dans nombre de nos observations ce fait se trouvait vérifié. Et plus l'intervention est éloignée du début de l'accident, moins elle a de chance d'être suivie de guérison.

Le début précoce des accidents après l'avortement est également un facteur de gravité. Si la péritonite apparait tardivement, elle évoluera en général d'une façon moins aiguë; son pronostic sera donc plus favorable.

En réalité pour le médecin, le seul moyen susceptible d'atténuer la gravité du pronostic de cette variété de péritonites, c'est d'en faire précocement le diagnostic. De là découle l'indication de l'intervention immédiate dont dépend l'avenir de la malad ».

DEUXIEME PARTIE

# Étude Thérapeutique

CHAPITRE I

## Principes généraux du traitement des péritonites diffusées post-abortum

Il n'y a pas bien longtemps encore, en face d'un cas de péritonite diffusée, il était loisible au médecin de se réclamer de deux écoles : celle des abstentionnistes et celle des interventionnistes.

Il y a eu en effet, un traitement médical de la péritonite. Nous rappellerons très brièvement en quoi il consistait :

Les anciens auteurs faisaient la saignée, administraient de l'opium ou tout aussi bien des purgatifs à leurs malades.

Plus récemment on s'est adressé aux applications de glace sur l'abdomen, au piqûres de morphine et aux injections de toni-cardiaques.

On peut dire que le traitement chirurgical des péritonites est né de la vanité de leur thérapeutique médicale.

Jamais, en effet, une péritonite diffusée n'a pu guérir par ces seuls moyens, et si les statistiques indiquent quelques cas de guérison, c'est que

quelques pelvi-péritonites, en imposant pour des péritonites diffusées s'y sont glissées, permettant ainsi d'abaisser leur pourcentage à un chiffre d'ailleurs fort élevé encore. (Fehling indique, en effet, 85 % de décès, pour l'ensemble des péritonites puerpérales n'ayant pas été opérées).

Toute péritonite diffusée, traitée par les seuls moyens médicaux, se terminera par la mort. Cela est hors de doute actuellement. Le temps n'est donc plus où l'on pouvait être abstentionniste. Le traitement médical n'a eu son heure que parce que l'on redoutait d'intervenir.

Du jour où l'on a osé faire acte chirurgical, les résultats n'ont peut-être pas été immédiatement très encourageants, mais on a pu néanmoins enregistrer quelques succès.

Petit à petit, cependant, la fréquence des guérisons opératoire a bien montré que l'intervention était la seule conduite à tenir, et actuellement, la nécessité d'un traitement chirurgical s'est imposé à tous les praticiens. Le traitement médical lui sera, bien entendu, un précieux adjuvant.

Si la nécessité de l'intervention ne se discute plus, sur son choix, l'accord est loin d'être réalisé. Chirurgiens et accoucheurs, chirurgiens entre eux, ont des opinions divergentes. Les techniques proposées sont nombreuses. Chacune a ses succès et ses échecs, ses partisans et ses détracteurs. Chacune, sans doute a ses indications mais celles-ci varient suivant les écoles.

Quelle que soit la technique choisie, le traitement des péritonies diffusées post-abortum

semble reposer, à notre sens, sur trois principes fondamentaux :

1°) Evacuer le liquide septique contenu dans la cavité abdominale. Assurer son drainage large et continu.

2°) Traiter la cause d'ordre local ou général.

3°) Traiter médicalement l'organisme et remonter l'état général.

Il ne devra pas y avoir d'exception à cette régle. Seul un traitement très précoce pourra permettre d'espérer guérir quelques malades.

Nous avons vu que le diagnostic n'était pas toujours facile. Souvent il est hésitant. Dans ces cas-là, il faudra néanmoins faire une exploration. Il ne faut pas priver ces malades du bénéfice possible d'une intervention dans laquelle réside, peut être, leur seule chance de guérison.

Comme il a été dit et répété, mieux vaut faire une opération inutile que s'abstenir et risquer ainsi de laisser inopérée une péritonite diffusée. Il ne faut pas attendre pour intervenir d'en avoir tous les signes; l'on risquerait alors de le faire trop tard.

Au cours de cette étude thérapeutique, nous étudierons d'abord les techniques qui ont été proposées.

1° La colpotomie,

2° Les laparotomies,

3° Les hystérectomies (abdominale et vaginale).

À propos de chacune d'elles, nous verrons quels en sont les avantages et les inconvénients.

Dans un chapitre suivant nous examinerons les résultats obtenus, en nous basant sur nos observations.

Enfin, nous dirons quelle est, à notre avis, la conduite à tenir suivant les cas.

CHAPITRE II

## Les Techniques

### 1° La Colpotomie

C'est la première tentative de traitement chirurgical faite dans les péritonites puerpérales. Elle est, du reste connue depuis fort longtemps (Paul d'Egine). En tous cas, Guillemeau l'enseignait dès 1643.

C'est au dix-neuvième siècle seulement, avec Récamier, Velpeau, Dumarquay, qu'elle entra dans la pratique courante. Elle devait du reste tomber par la suite en défaveur jusqu'au jour où Laroyenne, en 1886, la remit en honneur.

Intervention idéale dans les suppurations localisées du petit bassin, notamment dans les pelvi-péritonites, la colpotomie mérite-t-elle la place que lui ont assignée certains auteurs (Sourdille, Raymond, Cardot), dans le traitement des péritonites puerpérales diffusées ?

Cette opération a évidemment pour elle d'être simple et rapide. Sa technique ne nécessite pas de connaissances spéciales. Elle peut être faite par tous les praticiens et n'exige pas le transport de la malade dans un milieu chirurgical. En outre, on

peut, au moins dans certains cas, l'exécuter sans anesthésie. Tout cela réduit à peu près à néant le choc opératoire, et il n'y a aucun danger pour la malade du fait de l'intervention.

De là à dire, avec Olshausen, Schroeder, qu'«après une colpotomie ayant duré deux heures, l'opérée est moins fatiquée qu'après une laparotomie d'une demi-heure », il y a un grand pas. On pourrait d'abord rétorquer que, si une laparotomie peut quelquefois durer ce temps-là, la colpotomie demande, au plus, quelques minutes.

Et bien souvent, la laparotomie simple suivie de drainage, n'exige guère plus de temps que l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Faite sous anesthésie locale, elle n'est guère plus choquante.

Au point de vue du drainage réalisé, ses partisans le déclarent presque parfait. L'incision est faite en effet au point le plus déclive de la cavité péritonéale et il semble bien qu'il doive en être ainsi. Cardot rappelle à ce propos, dans sa thèse, les expériences de Jean D'Herbecourt :

« Le cadavre est mis dans la position couchée « puis la colpotomie postérieure est pratiquée, et « un drain, placé dans l'incision de façon que son « extrémité interne déborde de 1 cm. la plaie « péritonéale. Du liquide est alors versé dans le « petit bassin. Il s'écoule par le drain, sauf un « résidu de 60 cc qui n'est pas évacué. En faisant « passer le corps à la position assise puis verticale, « on obtient successivement un résidu de 20, puis « de 10 cc. On peut donc dire que la colpotomie « assure un drainage presque parfait. »

A celà, les adversaires répondent par de nombreuses critiques dignes de retenir notre attention.

Pour Mauclaire, la colpotomie drainerait « incomplètement le pelvis et pas du tout le reste de la grande cavité péritonéale ». A l'appui de cette assertion, atténuée, si l'on veut, en disant qu'elle ne réalise qu'imparfaitement le drainage de tout le péritoine, on peut citer des faits.

Sans qu'il s'agisse de péritonites enkystées, quelques adhérences peuvent réaliser un certain degré de séparation entre le pelvis et la grande cavité, et le drain vaginal ne pourra en assurer l'évacuation. Jeannin cite le cas d'une péritonite généralisée, contrôlée par une laparotomie faite secondairement, où une anse intestinale très dilatée venait faire clapet au niveau du Douglas et empêchait tout drainage par l'orifice de la colpotomie pratiquée antérieurement.

Le plus grave reproche que l'on puisse adresser à cette intervention, c'est d'être une opération aveugle. Elle ne permet pas de vérifier l'état de l'utérus et des annexes dont l'ablation serait peut-être nécessaire.

Enfin, la colpotomie ne met pas à l'abri d'erreurs de diagnostic dans le genre de celle citée par Rey où, pensant à une pelvipéritonite, on pratiqua une colpotomie. La malade mourut et l'autopsie révéla l'existence d'une péritonite diffusée. L'abdomen était plein de pus, ce qui prouve encore combien le drainage avait été incomplet. Mais l'erreur inverse peut être commise : Le diagnostic de péritonite

diffusée ayant été porté, la colpotomie faite et la guérison obtenue, a-t-on le droit d'affirmer qu'il s'agissait bien là d'une péritonite diffusée ? A-t-on le droit de parler de diffusion sans avoir constaté de visu l'état du péritoine, le niveau de l'épanchement ?

L'incision du cul-de-sac postérieur n'a-t-elle pas donné issue au contenu d'une poche bien localisée, bridée par des adhérences ? N'a-t-on pas ouvert une péritonite enkystée ? Seule, une incision par voie haute permettrait de s'en assurer. Quelle créance pouvons-nous donc accorder aux observations publiées comme des guérisons de péritonites diffusées par la simple colpotomie ?

Sur quoi se sont basés les auteurs pour étayer leur diagnostic ?

En général, c'est : cliniquement, sur l'intensité des symptomes abdominaux, et objectivement, sur la quantité de liquide péritonéal écoulé après l'incision. Est-ce bien suffisant ?

Devant un tableau clinique où tous les symptomes sont bien accusés, si l'intervention a donné issue à plusieurs litres de liquide, on a évidemment quelque raison de porter le diagnostic de péritonite diffusée. Mais entre ces cas extrêmes et les pelvipéritonites, il y a tous les intermédiaires; on a vu des pelvipéritonites s'accompagnant de signes généraux très marqués et dans lesquelles les symptomes abdominaux remontaient assez haut, en imposer pour des péritonites diffusées.

Il y a cependant des observations qui paraissent authentiques, (Obs. 9).

Le reproche adressé encore à ce procédé, de risquer d'infecter la grande cavité péritonéale après l'avoir mise en communication avec une cavité septique comme le vagin ne doit pas être retenu, car le péritoine est à ce moment rempli de germes beaucoup plus virulents.

Pour conclure, nous dirons que, si la colpotomie est capable de bien réaliser l'évacuation des liquides péritonéaux, elle peut, dans certains cas, ne pas assurer leur drainage large et continu. Elle ne permet pas non plus de se rendre compte s'il existe ou non une lésion locale de l'utérus.

Si l'on pense donc vraiment se trouver en présence d'une péritonite diffusée, il vaudra mieux, à notre avis, recourir à une autre technique. La colpotomie nous semble être insuffisante, au moins en tant qu'intervention isolée. Associée à une autre opération, elle pourra, en la complétant, rendre de grands services.

## 2° Les Laparotomies

A) Laparotomie simple :

De Laplagne parait avoir été le premier à pratiquer la laparotomie pour traiter une péritonite (1861). Succédant à la colpotomie, ce procédé était en somme un simple perfectionnement de l'ancienne ponction abdominale. Six ans plus tard, le premier drainage adbominal du péritoine était réalisé par Koeberlé.

Le grand avantage de cette intervention est de permettre l'examen minutieux du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. C'est là un avantage capital et dont on ne doit pas priver l'opérée. Le principal défaut de la colpotomie n'est-il pas de demeurer une intervention aveugle et parfois insuffisante ?

Lorsque le chirurgien se sera fait une opinion sur l'état de l'utérus, alors seulement, il saura s'il doit en pratiquer l'éxerèse.

Cette technique a pour elle d'être simple. Elle permet, en outre, de bien vider la cavité abdominale de son contenu septique. Mais le drainage continu de cette cavité est nécessaire. Sera-t-il, par la suite, bien réalisé ? C'est peut-être là une des lacunes de la laparotomie simple. Les drains verticaux, agissent mal, incomplètement. Il parait cependant possible de remédier à cet inconvénient par l'aspiration, faite soit avec des instruments spéciaux, soit plus simplement avec une seringue à laquelle on adapte une sonde de caoutchouc.

La laparotomie est-elle une opération aussi choquante que le disent les partisans de la colpotomie ? Elle l'est certainement plus que cette dernière intervention. Mais on peut la pratiquer sous anesthésie locale, et même si l'on croit indiquée une anesthésie générale, celle-ci pourra être très brève, et quelques bouffées d'éther ou de chloroforme seront suffisantes.

Sur les opérations par voie basse, elle aura l'avantage d'exposer à l'air le péritoine. On connait actuellement l'action anti-toxique et stimulante de cette exposition sur la séreuse atteinte d'infection aigüe.

La laparotomie permet enfin de nettoyer le péritoine, ou de stimuler ses réactions de défense à l'aide de diverses substances. Quelle est la valeur de ces procédés ?

*Grand lavages du péritoine.* — Ils ont eu d'ardents défenseurs (Bouilly, Tarnier, Burtenshaw, Lejars). On les pratiquait au moyen d'une canule et d'un bock laveur. Plusieurs litres de liquide (10 à 20) étaient utilisés pour bien débarrasser le péritoine du pus qu'il pouvait contenir.

Delbet montra l'impossibilité d'arriver à un pareil résutat; d'après-lui, la rétention constante dans l'abdomen d'une certaine quantité de liquide est la règle. D'autre part, le pouvoir de résorbtion du péritoine, considérable dans les premières minutes, rend possible le passage, dans l'organisme, d'une certaine quantité de produits septiques dilués dans le liquide laveur, et répandus par lui sur une plus grande surface péritonéale.

Pour faire ces grands lavages, on a utilisé toutes sortes de liquides, mais le plus employé a été le serum physiologique.

Au congrès de Chirurgie de 1911, les rapporteurs, Hartmann et Temoin ont condamné cette pratique trop agressive pour l'épithélium péritonéal. On doit respecter au maximum les propriétés de défense du péritoine et ne pas risquer de les contrarier par cette méthode choquante qui prolonge inutilement la durée de l'opération.

*Nettoyage à sec.* — Les griefs sont les mêmes pour ce procédé. Il est plus traumatisant encore que le précédent, car il exige l'extériorisation, le « déballage » comme on l'a appelé, des anses intestinales. C'est là une manœuvre nocive par sa durée et les risques de refroidissement qu'elle présente.

*Nettoyage à l'éther.* — Il demeure la seule méthode employée actuellement dans cet ordre d'idées. Encore ne faudrait-il pas généraliser. Dans certains cas, ce nettoyage peut être fait, mais il faut utiliser une petite quantité d'éther, car ce produit est absorbé très rapidement. Peut-être, du reste, son action est-elle moins inoffensive qu'on ne le croyait sur la surface de l'endothélium péritonéal. L'éthérisation du péritoine parait surtout logique en chirurgie abdominale, lorsqu'on a l'intention de refermer le péritoine sans le drainer.

*Injection de substances stimulantes.* — Plusieurs ont été préconisées. Le collargol, (Bonnaire), l'acide nucléinique, le sérum leucogène de Petit. Il y a

quelques années encore, on a conseillé l'oxygène, soit sous forme d'eau oxygénée, soit à l'état de gaz que l'on faisait passer d'une façon continue par les drains. Cet oxygène agirait mécaniquement en favorisant l'évacuation des liquides, en empêchant la formation des fausses membranes; biologiquement, en suroxygénant le sang, en provoquant une hyperhémie considérable au niveau du péritoine, avec une abondante diapédèse des globules blancs. On lui a, du reste, reproché d'être très irritant pour la séreuse, et de provoquer de l'hypertension abdominale.

D'autres opérateurs font des injections intrapéritonéale d'huile camphrée : à l'action tonique du camphre s'adjoindrait une action mécanique : l'huile obstruerait les voies lymphatiques et empêcherait la formation d'adhérences. Elle exalterait encore le pouvoir de défense du péritoine et aurait également une action microbicide.

Tous ces moyens sont plus théoriques que pratiques. Et il vaut mieux s'en tenir aux conclusions du Congrès de Chirurgie de 1911, et se contenter de faire une opération simple et rapide suivie de drainage.

L'incision adoptée par presque tous les chirurgiens est médiane et sous-ombilicale. Il ne faut pas la faire trop grande : 8 à 10 cm suffisent en général pour se rendre compte de l'état de l'utérus et des annexes. Il sera toujours temps de l'agrandir si le jour obtenu n'est pas suffisant ou si l'hystérectomie est jugée nécessaire. Une incision trop grande exposerait à l'issue des anses intestinales distendues

à l'extérieur, et gênerait l'opérateur, d'où prolongation notable de l'intervention. Cet inconvénient n'est pas négligeable puisque la malade est, en général, choquée.

Une incision est-elle suffisante ou vaut-il mieux pratiquer des incisions multiples comme l'a préconisé en 1897, le congrès allemand de chirurgie ?

B) LAPAROTOMIES PAR INCISIONS MULTIPLES :

Ce procédé a joui d'une grande vogue pendant plusieurs années. MAUCLAIRE, KOWNATZKI, LÉOPOLD, en ont publié de nombreuses observations. C'est le traitement conseillé par la majorité des chirurgiens dans les péritonites aiguës au Congrès de Bruxelles en 1905.

A leur suite, dans l'étude très documentée qu'il a consacrée au traitement des péritonites puerpérales généralisées, JEANNIN s'y rallia,

Au Congrès de Budapest en 1909, BUMM se déclara partisan de la méthode. Puis cette intervention fut abandonnée, et à l'heure actuelle elle n'est plus guère pratiquée. Cependant KELLER de Strasbourg, tout récemment, en 1929, l'a utilisée dans des cas de péritonites puerpérales très avancées.

Avec JEANNIN, on peut décrire trois variantes de cette technique :

1°. Laparotomie par double incision : une au niveau de chaque fosse iliaque, parallèlement à l'arcade crurale.

2°. Laparotomie par triple incision : une première, médiane et sous ombilicale, d'une longueur

de cinq à huit centimètres ; les deux autres dans chaque fosse iliaque comme dans la technique précédente.

3°. Laparotomie par quadruple incision : elles peuvent être faites toutes les quatre sur la paroi abdominale antérieure ou bien encore deux en avant, et deux sur les parois latérales.

Le procédé le plus employé a été celui des trois incisions auxquelles on pouvait ajouter facilement l'incision du cul-de-sac de Douglas sur un clamp vaginal. (Jeannin, Bumm).

On a reproché à cette intervention d'augmenter le choc opératoire par sa plus grande durée. Si l'on veut bien considérer le temps nécessité par les deux contre-incisions latérales, on doit reconnaître le peu de poids de cet argument.

Le nombre des cicatrices, les risques plus grands d'éventration ne seraient pas non plus des reproches sérieux à faire si vraiment, comme le prétendaient les défenseurs de la méthode, c'était là le seul moyen rationnel de drainer parfaitement le péritoine. Mais là est justement la question.

Ce procédé ne permet pas mieux que la laparotomie simple de se rendre compte de l'état des organes génitaux. Sa seule originalité réside donc dans la multiplicité des incisions, cela à seule fin de réaliser un meilleur drainage du péritoine.

N'obtiendrait-on pas un drainage aussi parfait de la cavité péritonéale en multipliant, non les incisions, mais le nombre des drains ? Il est facile, en effet, d'en placer dans chaque fosse iliaque, en les faisant pénétrer par une seule ouverture.

Les inconvénients de cette technique, peu importants par eux-mêmes, acquièrent une certaine valeur du fait qu'elle ne présente aucun avantage réel. Aussi ne croyons-nous pas devoir la préconiser

*Drainage :* la question du drainage est capitale dans le traitement des péritonites. Nous rappèlerons simplement ici que certains auteurs (Dudgeon, Sargent) ont conseillé de refermer le péritoine après laparotomie. Au Congrès de Chirurgie de 1889, Beckel n'avait pas craint non plus de dire que le drainage était « une erreur chirurgicale basée sur la méconnaissance des propriétés de la séreuse péritonéale et de ses réactions de défense vis-à-vis de l'infection ».

La question du drainage en chirurgie abdominale a été mise au point par le Congrès de chirurgie de 1927. A l'heure actuelle, après le rapport de Cadenat et Patel, en ce qui concerne les péritonites, l'accord est unanime : de toute nécessité, il faut, dans tous les cas, drainer la cavité péritonéale ; mais ce but peut être atteint de différentes façons.

Comme nous l'avons vu, l'évacuation des liquides contenus dans l'abdomen est incomplètement réalisée par les drains verticaux.

On peut adjoindre aux drains de caoutchouc le drainage capillaire au moyen de mèches placées soit à leur intérieur, soit à côté d'eux : c'est la méthode mixte. On peut faire également le drainage à la Mikulicz, dont le grand avantage, dans les péritonites dont la diffusion n'est pas encore

très élevée, est de créer un barrage entre le petit bassin et le reste de la cavité abdominale.

Mais n'est-il pas possible de réaliser un drainage meilleur encore, en alliant simplement la colpotomie à la laparotomie ?

C) DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL :

En 1876 OLSHAUSEN eut l'idée d'allier colpotomie et laparotomie, réalisant ainsi le premier drainage abdomino-vaginal. Par la suite, ce procédé a souvent été employé, surtout dans ces dernières années. Il était logique d'associer l'une à l'autre ces deux interventions : elles se complètent admirablement. On ne peut reprocher à ce procédé les inconvénients inhérents à chacun des deux autres. Ce n'est pas une intervention aveugle comme la colpotomie. Le drainage y sera assuré d'une façon parfaite ; le drain allant de l'abdomen au vagin, empêchera l'interposition d'une anse intestinale, et il ne pourra y avoir de résidu au point déclive comme dans la laparotomie, puisque le Douglas est effondré.

C'est faire deux interventions au lieu d'une, a-t-on dit, donc allonger l'intervention, et partant augmenter le choc opératoire. A la vérité, ce reproche n'est pas valable, étant donnée la rapidité avec laquelle on peut l'exécuter.

Pour cela, deux méthodes sont possibles : après la laparotomie l'opérée est placée en position gynécologique et l'on fait une colpotomie classique. Dans ce cas, on fait d'abord le drainage abdominal, puis on place un second drain, vaginal.

Ou bien, plus simplement, une fois le péritoine vidé de son contenu septique, un aide introduit un clamp dans le cul-de-sac postérieur du vagin, clamp sur lequel l'opérateur incisera le Douglas par voie haute. Après cela, il ne reste plus qu'à faire passer un drain perforé suffisamment long pour dépasser en haut l'ouverture de la paroi abdominale, et ressortir en bas par le vagin.

Cette manière d'opérer est plus simple et plus rapide. Elle a encore l'avantage de ne pas obliger à changer la position de l'opérée et l'on sait que l'on a intérêt à mobiliser le moins possible les malades en état de choc.

### 3° Les Hystérectomies

Ce sont les dernières venues parmi les techniques chirurgicales employées dans le traitement des péritonites puerpérales diffusées.

En 1886, Schultz fit la première hystérectomie abdominale pour infection puerpérale, et en 1889, Roosemberg employait, le premier, la voie vaginale.

En France, Bouilly dans la thèse de son élève Wintreberg (1895) préconise cette intervention dans les infections post-abortives des premiers mois de la grossesse.

Au Congrès de Madrid de 1903, Cortiguera est d'avis que la péritonite n'est pas une contre-indication à l'hystérectomie. Freund, Léopold, en sont partisans. Pour Treub, on en fait trop. En 1907, Latzko prône les avantages de la vaginale, et Leriche, en 1911, inspire la thèse de Adde sur cette intervention. Sa technique est mise au point par Cadenat en 1920.

Au Congrès de l'Association des Obstétriciens et des Gynécologues de langue française (Paris 1921), Potvin se déclare partisan de l'hystérectomie dans les péritonites, lorsqu'il y a perforation utérine ; son co-rapporteur, Cotte conclut à ses indications exceptionnelles.

J. L. Faure l'a toujours défendue ardemment, alors que Brindeau et Boquel lui reconnaissent seulement des indications restreintes. A la Société de Chirurgie de Paris en 1924, à propos du traitement de l'avortement, la discussion montre bien les

divergences d'opinion : Cadenat, Tuffier. J. L. Faure sont pour l'hystérectomie ; Alglave, Lapointe se prononcent contre elle.

Dans ces dernières années, on a surtout fait des hystérectomies abdominales dans les péritonites diffusées post-abortum et quelques cas de guérison ont été publiés après intervention précoce.

C'est en voulant appliquer aux péritonites puerpérales le grand principe admis dans le traitement des péritonites aiguës, c'est-à-dire la suppression du foyer d'infection, que l'on a proposé de les traiter par l'hystérectomie.

C'est là un de ses avantages. Nous allons d'abord les examiner avec ses inconvénients, en considérant l'hystérectomie en général, puis nous verrons s'il y a intérêt à suivre une voie de préférence à l'autre.

Comme nous le savons, les grands principes auxquels on doit se conformer dans le traitement des péritonites aiguës sont les suivants :

1°. Evacuation du liquide purulent,

2°. Traitement de la cause,

3°. Traitement médical général.

Pour les partisans de l'hystérectomie, les péritonites puerpérales ne doivent pas faire exception à cette loi de chirurgie générale qui commande l'ablation de l'organe infecté.

Pour Lecène, il n'y a pas de plus grosse faute, lorsqu'on fait une laparotomie pour péritonite, que de s'en tenir là sans en rechercher la cause et la traiter ».

L'utérus peut, en effet, être considéré comme un foyer infectieux d'où ne cessent d'essaimer germes

et toxines. Il faut donc l'enlever, comme on enlèverait un appendice infecté.

Cette comparaison est loin d'être valable dans tous les cas, et d'ailleurs, cette loi n'est pas intangible. Lors d'une intervention sur un appendice infecté, si ce dernier n'est pas facilement trouvé, l'opérateur ne perd pas de temps à le chercher au risque de rompre des adhérences protectrices ; il se contente de drainer, et bien souvent ses opérés guérissent. Pourquoi agirait-on différemment dans les péritonites diffusées post-abortum ? Il faut se garder d'être systématique, et à l'instar de certains chirurgiens vouloir faire, à tout coup, l'hystérectomie.

D'ailleurs, si elle est faite avec l'intention de supprimer le système lymphatique infecté, l'intervention ne réalise pas entièrement ce désir, car en même temps, elle ouvre à l'infection des voies nouvelles, tant du côté des plexus veineux du bassin que du tissu cellulaire pelvien.

En enlevant, suivant la classique expression de Pean, la « bonde » constituée par l'utérus, l'hystérectomie permet un large drainage. C'est là son autre avantage.

A ce point de vue aucune autre intervention ne peut lui être comparée. Mais cet avantage a-t-il une telle importance ? Doit-il faire pencher la balance en sa faveur sans tenir compte de ses inconvénients ?

Les reproches adressés à l'hystérectomie ne sont pas en effet négligeables.

En premier lieu, c'est une opération mutilante. A ce sujet, chirurgiens et accoucheurs ne seront jamais d'accord. Ceux-ci, trop souvent peut-être, n'ont en vue, en conservant l'utérus, que d'assurer la possibilité de maternités futures ; ceux-là, sans doute, n'y pensent pas assez. Si les uns sont trop interventionnistes, les autres sont trop conservateurs.

Entre ces deux opinions extrêmes est la vérité. Malheureusement, pour poser nettement l'indication opératoire, il nous faudrait un critérium clinique et nous n'en possédons pas. Le laboratoire ne nous en fournit pas davantage.

En outre, les résultats n'ont pas toujours été encourageants. Il faut bien le reconnaître, de toutes les interventions énumérées précédemment l'hystérectomie est de beaucoup la plus choquante, au double point de vue de sa durée et du traumatisme occasionné. Bien souvent, les malades opérées tardivement, ne sont pas en état de supporter un pareil traumatisme. D'ailleurs, il est assez fréquent d'observer après elle des morts rapides.

Ainsi, avec ses avantages et ses inconvénients, l'hystérectomie nous paraît indiquée surtout si l'on se trouve en présence d'une lésion génitale importante : perforation. gangrène, ou abcès utérins. Ceux-ci sont des raretés cliniques. La gangrène peut se voir après un traumatisme de la muqueuse utérine. Les perforations ne sont pas toujours une indication absolue à l'exérèse de l'utérus.

Lorsque l'intervention aura été jugée indispensable, à quelle voie devra-t-on s'adresser : abdominale ou vaginale ?

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE :

Elle a été conseillée par certains auteurs (Latzko, Leriche, J. L. Faure) en raison de sa rapidité plus grande, de sa simplicité ; elle est aussi moins choquante.

A coup sûr, on ne peut lui reprocher dans les premiers mois de la grossesse d'être aussi difficile qu'au terme, mais, si c'est une intervention simple et rapide pour des chirurgiens rompus à la chirurgie vaginale, beaucoup d'autres la jugent difficile, allant jusqu'à la qualifier de « tour de force ».

Bien exécutée, par des opérateurs en ayant la grande habitude, elle peut, en effet, être très brève, mais il n'en est pas toujours ainsi ; et si elle devient entre des mains moins expérimentées, laborieuse et longue, ce sera une intervention aussi choquante et même plus que l'hystérectomie abdominale.

Dans certaines formes d'infection puerpérale, elle présente évidemment l'avantage de ne pas risquer d'infecter la cavité péritonéale, et ce peut être alors un argument important en sa faveur. Dans les péritonites, il est de toute évidence que cet argument ne joue pas.

Comme à la colpotomie on peut lui reprocher d'être une opération aveugle et, sans même tenir compte des difficultés plus ou moins importantes en face desquelles on peut se trouver, du fait de

l'excès de volume et de la friabilité de l'utérus, cela seul peut suffir à lui faire préférer la voie abdominale.

Ainsi on ne risquera pas d'enlever inutilement un organe aussi important que l'utérus. On ne se résoudra à cette mutilation que lorsqu'on l'aura jugée absolument inévitable.

CHAPITRE III

## Les Résultats

M. Jeannin a publié, en 1906, une statistique de 37 cas de péritonites puerpérales du post abortum se répartissant comme suit :

| | cas | décès | guérisons |
|---|---|---|---|
| Sourdille [e] | 5 | 2 | 3 |
| Gueniot | 1 | 1 | |
| Evans | 1 | | 1 |
| Gordon | 1 | 1 | |
| Kelly | 1 | 1 | |
| Porter | 1 | | 1 |
| Vincent | 1 | 1 | |
| Potocki | 1 | | 1 |
| Rey | 1 | | 1 |
| Doleris | 3 | | 3 |
| Koownatzki | 1 | | 1 |
| E. Poirier | 1 | | 1 |
| Jeannin | 1 | 1 | |
| Tournemelle | 1 | 1 | |
| Weiss | 1 | | 1 |
| Mouchotte | 1 | 1 | |
| Léopold | 1 | | 1 |

| | cas | décès | guérisons |
|---|---|---|---|
| Beaussenat ..... | 1 | | 1 |
| Cheron ..... | 1 | 1 | |
| Treub ..... | 1 | 1 | |
| Zweifel ..... | 1 | 1 | |
| Peterson ..... | 1 | 1 | |
| Hirst ..... | 1 | | 1 |
| Grandin ..... | 1 | | 1 |
| Walthard ..... | 1 | | 1 |
| Varnier-Gosset ..... | 1 | 1 | |
| Faure ..... | 1 | 1 | |
| Mauclaire ..... | 1 | 1 | |
| Boldt ..... | 1 | 1 | |
| Porak ..... | 1 | 1 | |
| Bonnaire ..... | 1 | | 1 |
| | 37 | 18 | 19 |

De 1906 à nos jours, nous avons relevé, dans la littérature médicale, 45 observations de péritonites puerpérales diffusées. Nous en avons trouvé 14 dans les archives de la Clinique Obstétricale d'Alger. Cela nous fait donc un total de 59 observations. Celles qui contenaient une description clinique suffisante seront reproduites dans un chapitre spécial. Elles sont au nombre de 45.

Les 14 autres par trop succinctes figurent dans le tableau suivant :

| | | cas | décès | guérisons |
|---|---|---|---|---|
| 46 | Pillet ..... | 1 | 1 | 1 |
| 47 | Potocki ..... | 1 | | 1 |
| 48 | Raymond ..... | 1 | 1 | |

| | | cas | décès | guérisons |
|---|---|---|---|---|
| 49 | Lebenschaum . | 1 | | 1 |
| 50 | Laulaigne .... | 1 | | 1 |
| 51 | Boquel ..... | 1 | | 1 |
| 52 | Latzko ..... | 1 | 1 | |
| 53 | Reeb ..... | 1 | 1 | |
| 54-57 | Cadenat ..... | 4 | 4 | |
| 58 | Kubinyi ..... | 1 | | 1 |
| 59 | Latzko ..... | 1 | | 1 |
| | | 14 | 7 | 7 |

Parmi les 45 observations publiées in-extenso ou sous forme de résumés dans le chapitre qui leur est réservé, nous obtenons les résultats suivants : 21 décès et 24 guérisons. Si nous additionnons ces chiffres et ceux du tableau précédent, nous arrivons à un total de 28 décès et de 31 guérisons, ce qui nous donne un taux global de 52,5 % de guérisons.

La statistique de M. Jeannin donnait 50,9 %. Telles qu'elles sont, nous ne pouvons comparer ces deux statistiques, car celle de M. Jeannin ne contient que des cas opérés. Si nous expurgeons la nôtre, en en retranchant les sept premières observations pour lesquelles aucune intervention n'a été faite, ainsi que les observations n° 32 et n° 39 où, après une amélioration nette consécutive à l'intervention, les malades ont été enlevées ultérieurement par une infection secondaire, nous obtiendrons des chiffres tout différents. Nous n'aurons plus en effet que 19 décès, et partant un taux de guérisons de 60,2 %.

Nous allons voir maintenant les résultats donnés par chaque méthode thérapeutique.

*Traitement médical :* (Obs. 1 à 7)
100 % de décès.

*Colpotomie :* 3 guérisons (Obs. n$^{os}$ 9, 46, 47).
2 morts (Obs. n$^{os}$ 8, 48).
60 % de guérisons.

*Laparotomie simple :* 12 guérisons (Obs. 10 à 14, 18 à 21, 49 à 51).
5 décès (Obs. 15 à 17, 52 et 53).
70,5 % de guérisons.

*Hystérectomie vaginale :* 2 guérisons (Obs. 32 et 33).
5 morts (Obs. 34, 54 à 57).
28,6 % de guérisons.

*Hystérectomie abdominale :* 9 guérisons (Obs. 38, 40 à 45, 58 et 59).
3 morts (Obs. 35, 36, 37).
75 % de guérisons.

*Drainage abdomino-vaginal :* 5 guérisons (Obs. 23 à 25, 28, 31).
5 décès (Obs. 22, 26, 27, 29, 30).
50 % de guérisons.

En examinant de près ces interventions, on s'aperçoit que l'une d'elles (n° 26) n'est pas un cas pur : on a, en effet, pratiqué une colpotomie et, 24 heures après seulement, une laparotomie.

Dans l'observation n° 22, la péritonite a bien été enrayée ; mais la malade a fait, douze jours après, une infection généralisée dont elle est décédée.

Nous pouvons donc, en expurgeant notre statistique, arriver à un total réel de 6 guérisons sur 9 cas, ce qui donne un taux de 66,6 %

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces chiffres ? Tels qu'ils sont, ils n'ont pas grande valeur, les échecs n'étant pas publiés, la plupart du temps.

Deux points seulement sont à retenir de ce qui précède :

En premier lieu c'est l'échec total du traitement médical, résultat qui n'est pas pour nous surprendre.

En second lieu, il semble bien tout de même, que le nombre des guérisons augmente avec l'intervention précoce et systématique.

Il semble possible dans certains cas de juguler la réaction péritonéale avant même qu'il n'y ait du pus dans l'abdomen (Obs. n°s 12, 18).

CHAPITRE IV

## Indications et contre-indications
## Adjuvants du traitement chirurgical

### 1° Indications et contre-indications

Nous venons de passer en revue les interventions préconisées dans le traitement des péritonites diffusées.

Rappelons brièvement les inconvénients présentés par certaines techniques :

*La colpotomie*, malgré ses avantages théoriques, est une intervention aveugle, et elle n'assure pas, d'une façon certaine, un drainage parfait du péritoine.

*L'hystérectomie vaginale*, pas plus que la précédente, ne permet l'examen de l'utérus et de ses annexes. C'est une intervention souvent difficile. De plus, elle est mutilante, et ceci, peut-être, inutilement.

*La laparotomie simple* a l'inconvénient de ne pas bien drainer la partie déclive du petit bassin.

*La laparotomie par incisions multiples* ne présente sur elle aucun avantage.

Ces raisons nous semblent suffisantes pour leur faire préférer les deux autres procédés :

*Le drainage abdomino-vaginal,*

*L'hystérectomie abdominale.*

L'un ou l'autre, suivant les cas, répond entièrement, à notre avis, aux nécessités du traitement chirurgical.

A) HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE :

L'ablation de l'utérus, en tant que foyer infectieux, a-t-elle l'importance capitale que lui attribuent certains auteurs ? L'infection a dépassé la barrière utérine ; elle s'est étendue au péritoine. Une fois celui-ci largement drainé, est-il bien nécessaire de faire subir à des malades dont l'état est en général très précaire le choc que ne manquera pas de provoquer cette intervention ? Cette mutilation, dont la conséquence sera, en cas de guérison, la stérilité, n'est-elle pas évitable ? Elle le sera au moins s'il n'existe pas une lésion génitale importante résultant, le plus souvent, de l'inoculation septique de l'utérus par un corps étranger, au cours d'un avortement provoqué. Dans ces cas, l'hytérectomie pourra être utile.

Comme nous l'avons vu, cette lésion pourra être un abcès utérin, ou une plaque de gangrène, ou le plus souvent une perforation par laquelle le corps étranger est allé infecter directement la séreuse péritonéale.

Suivant en cela l'avis exprimé autrefois par JEANNIN, et plus récemment par POTVIN, BOQUEL,

nous pensons que la seule indication absolue de l'hystérectomie abdominale réside dans ces cas de perforation, l'abcès et la gangrène utérine étant exceptionnels.

Cela veut-il dire que toute perforation devra la faire pratiquer ? Ne pourra-t-on pas, même dans ce cas, éviter cette mutilation ? Ne sera-t-elle pas dans certains cas contre-indiquée, au moins momentanément, pour des raisons d'ordre général ?

1°. Contre-indications relatives :

La conduite à tenir est fonction de l'état d'infection de la plaie, de sa taille et de son siège.

S'il s'agit d'une perte de substance peu importante, à bords nets, paraissant sains, si elle siège sur la face postérieure, et qu'elle puisse ainsi facilement bénéficier du drainage effectué, il n'est pas indispensable de faire l'hystérectomie. La lésion pourra souvent guérir seule (Obs. n° 31).

2°. Contre-indications absolues :

Même s'il existe une perforation utérine importante, il vaudra mieux se contenter de faire un simple drainage, si l'on craint que la malade ne puisse supporter le choc opératoire. Il sera préférable d'attendre et de réintervenir secondairement comme cela a été fait dans l'observation n° 14. Sur le moment, on se contentera d'un simple drainage.

Dans les cas où l'hytérectomie abdominale est jugée nécessaire quelle technique devra-t-on suivre ?

L'hystérectomie totale est une intervention plus longue, partant plus choquante. Elle ne doit pas,

à notre avis, trouver d'indications dans les péritonites diffusées. La subtotale est préférable, et, comme l'intervention sera pratiquée, en général, dans des zones très septiques, il y aura intérêt à ce qu'elle soit pratiquée le plus haut possible, de manière à moins risquer une généralisation de l'infection.

B) DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL :

Les contre-indications du drainage abdomino-vaginal nous semblent des plus rares, et à part les cas où l'hystérectomie est formellement indiquée, c'est, à notre avis, l'intervention qui réalisera le mieux les desiderata du traitement chirurgical.

Il pourra être fait, même s'il s'agit d'une péritonite ancienne, d'une malade très choquée. Il n'est pas permis de rester inactif, même en présence d'un cas jugé désespéré. Il n'est pas impossible de guérir une péritonite diffusée opérée tardivement ; il faut évidemment s'efforcer, dans ces cas, de réduire au minimum le choc opératoire.

*Technique opératoire :*

La malade sera couchée horizontalement sur la table d'opération. Il vaut mieux ne pas la mettre complètement en TRENDELENBOURG de manière à éviter le reflux des liquides vers la partie supérieure de l'abdomen. Si l'on est gêné par la masse intestinale, on pourra cependant la placer dans cette position.

Choix de l'anesthésie :

L'anesthésie rachidienne aurait l'avantage d'agir peut-être sur la paralysie intestinale, mais il ne faut pas oublier que les malades sont souvent choquées; ce sont des hypotendues. Une rachi-anesthésie est-elle bien à conseiller dans ces cas ? Certains auteurs, il est vrai, en sont cependant partisans et soutiennent que l'hypotension n'est pas une contre-indication (Delmas). Cette pratique n'a peut-être pas encore suffisamment fait ses preuves, et nous pensons qu'il est plus prudent de ne pas s'adresser en pareil cas à ce mode d'anesthésie.

Il vaut mieux recourir à la narcose si l'état général le permet. Dans ce cas, l'éther sera l'anesthésique de choix. Le chloroforme est plus toxique et si on l'emploie, ce ne doit être qu'à petites doses, de façon à étourdir simplement la malade et rendre ainsi insensible l'incision des plans superficiels.

S'il s'agit d'une malade très choquée, le meilleur procédé sera l'anesthésie locale à la novocaïne. On peut, du reste, s'en servir dans tous les cas en donnant au besoin quelques bouffées de chloroforme en sus.

Intervention :

Le péritoine, une fois ouvert, il faut épuiser avec des compresses la sérosité qui peut se trouver dans les fosses iliaques et le Douglas.

C'est alors le moment d'explorer l'utérus et ses annexes. S'il n'y a pas de lésions utérines exigeant l'hystérectomie, il peut cependant exister du côté

des annexes des désordres pouvant indiquer leur ablation.

Certains auteurs (Price, Taylor, Léopold, Lejars) conseillent, si les trompes sont pleines de pus, de les enlever. D'autres opérateurs avec Mauclaire, Erlach, Jeannin, Treub, préfèrent, lorsqu'ils trouvent de grosses poches de pus, les inciser sur place et au besoin les drainer.

Lorsque le péritoine aura été débarrassé de son contenu septique, l'opérateur incisera alors le cul-de-sac de Douglas sur un clamp qu'un aide fait pénétrer par le vagin. Ce clamp attire à l'extérieur un gros drain perforé dont l'extrémité supérieure dépasse en haut les lèvres de l'incision cutanée abdominale.

S'il en est besoin, l'opérateur peut placer également dans chaque fosse iliaque un petit drain ; enfin, il y aura souvent intérêt, lorsque la diffusion ne sera pas trop élevée, à réaliser un barrage par la mise en place d'un Mikulicz.

### 2° Adjuvants du traitement chirurgical

Ils sont de deux sortes: les adjuvants chirurgicaux et les adjuvants médicaux.

A) adjuvants chirurgicaux :

*Lymphaticostomie.* — Nous ne dirons que quelques mots de l'ouverture du canal thoracique proposée par des auteurs étrangers dans le but de réaliser un drainage bactérien de la cavité périto-

néale infectée. (L. D. Mac Guire, Steinberg) et d'empêcher du même coup la généralisation de l'infection.

Leurs expériences, faites sur des chiens, ont été négatives. Tous leurs sujets sont morts sans qu'ils aient constaté la moindre amélioraiton.

D'ailleurs, les grandes variabilités anatomiques du canal thoracique chez l'homme rendraient cette opération très délicate, et très aléatoire aussi, en raison de l'existence de nombreuses anastomoses.

*Enterostomie.* — La paralysie intestinale est un facteur important d'aggravation dans les péritonites. Bien qu'assez souvent remplacée par de la diarrhée dans les péritonites puerpérales, elle n'en est pas moins un symptôme relativement fréquent.

Pour Forgues, « l'intestin enflammé se paralyse; les matières stagnant, le bactérium coli acquiert de cette stase une exaltation de virulence ; le ramollissement inflammatoire, l'amincissement par distension des parois, favorisent les migrations microbiennes au travers de la tunique jusqu'à la séreuse. Ainsi s'établit un cercle vicieux : la péritonite favorisant l'invasion microbienne de la séreuse et cette pénétration du bactérium coli augmentant à son tour l'inflammation péritonéale. »

Pour beaucoup d'auteurs, la mort serait due, non pas à la résorbtion des toxines résultant de l'inflammation et de la suppuration de la muqueuse péritonéale, mais bien plutôt à une toxémie d'origine intestinale, consécutive à la parésie de l'intestin enflammé.

Il faut donc lutter, par tous les moyens, contre cette paralysie. L'entérostomie est l'un des meilleurs préconisés dans ce but.

Faite pour la première fois par Henrotin en 1893, cette opération a été accueillie avec des faveurs diverses. Forgues, Lockwood, Friedrich, conseillent de la faire lorsqu'il existe des phénomènes graves d'obstruction avec tympanisme intense. Koch, Jeannin, n'en sont pas partisans.

Récemment, Orr et Haden ont fait des expériences chez le chien : l'entérostomie est toujours restée sans effets dans la péritonite foudroyante. Ils en conclurent que chez l'homme, elle est probablement sans valeur dans les cas semblables.

Ce serait seulement dans certaines péritonites basses qu'elle pourrait d'après eux, sauver la vie à quelques opérées.

Il est certain qu'on doit lutter de toutes ses forces contre la paralysie intestinale. Les moyens médicaux seront souvent insuffisants ou lents à agir. N'a-t-on pas intérêt, lorsque l'abdomen est ouvert, à en profiter, dans certains cas, pour faire immédiatement un anus artificiel ? Lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite ancienne s'accompagnant d'arrêt des matières et des gaz avec tympanisme généralisé, et qu'à l'ouverture du péritoine, on constate des anses distendues, congestionnées, à parois amincies, il vaut mieux pratiquer immédiatement l'entérostomie, sans attendre les effets incertains d'un traitement médical dont l'échec obligerait peut-être le chirurgien à réintervenir ultérieurement.

Il y a des améliorations très nettes, dues à cette intervention (Obs. 20. 22, 24, 36), et en tous cas elle n'est jamais nocive. Il y a donc intérêt à la réaliser dans les circonstances que nous venons de décrire.

B.) ADJUVANTS MÉDICAUX :

Ils comprennent le traitement pré et post-opératoire, ce dernier étant le troisième temps du traitement des péritonites; il n'est pas moins important que les précédents.

Avant l'intervention, on aura bien entendu, lutté contre le choc par des injections de sérum physiologique et les toni-cardiaques habituels.

Mais le traitement post-opératoire est le plus important. En plus du réchauffement de la malade, et des injections de toni-cardiaques, il comporte trois points importants :

1° Position à donner à la malade.

2° Injection de sérum selon la méthode de Murphy.

3° Lutte contre la paralysie intestinale, si l'entérostomie n'a pas été faite.

1°. — La première de ces trois indications sera réalisée en plaçant la malade en position demi-assise de Fowler, qui favorise éminemment le bon fonctionnement du drainage. Trop souvent, ces malades sont laissées dans le décubitus dorsal.

2°. — Il faut absolument réhydrater ces opérées. Pour cela, on s'adresse tout d'abord au sérum glucosé que l'on administrera en goutte à goutte rectal à la dose de 1 litre et demi à deux litres par

jour. Le sérum réalise en même temps un véritable autolavage du péritoine (Grekoff). On pourra faire également des injections sous-cutanées de sérum artificiel pour rétablir le taux des humeurs en sels.

3°. — Il faudra enfin s'efforcer d'assurer le bon fonctionnement de l'intestin. Sitôt après l'intervention, on donnera des lavements huileux. Si la constipation est opiniâtre, on s'adressera aux injections d'extraits hypophysaires, ou bien encore aux injections intra-veineuses de sérum hypertonique salé à 20 %, à la dose d'au moins 20 cc par jour.

Une méthode à recommander également, lors des pansements, est le nettoyage des drains à l'eau oxygénée. L'oxygène est à la fois un stimulant et un antitoxique. Il s'oppose en outre au développement des anaérobies. Si l'on a placé un Mikulicz, on peut également imbiber d'eau oxygénée les mèches, ce qui, le moment venu, facilitera leur ablation.

Nous dirons quelques mots seulement de la vaccination et de la serothérapie. Ces méthodes, qui font partie du traitement médical post-opératoire, entrent également dans le cadre du traitement étiologique des péritonites.

On emploiera surtout la sérothérapie antistreptococcique puisque c'est le microbe le plus souvent en jeu. Elle semble avoir agi dans certains cas, (Obs. 33). L'avenir nous dira la valeur thérapeutique à attribuer au sérum de Vincent. Dans certains cas plus rares, la sérothérapie anticolibacil-

laire ou antigangréneuse pourra trouver son indication.

La vaccination se fera surtout localement, au moyen de pansements au bouillon-vaccin, aux antivirus, au bactériophage ; on pourra également avoir recours à la vaccination générale en se servant de stocks-vaccins ou mieux d'auto-vaccins. Il vaut mieux cependant ne pas trop attendre de ces méthodes thérapeutiques, qui demeurent de simples adjuvants.

Si nous voulons maintenant nous résumer, nous dirons que le traitement des péritonites puerpérales diffusées post-abortum peut, à notre sens, être ainsi compris :

1°) En premier lieu, il faut faire une laparotomie : elle seule permettra de se rendre compte de l'état de l'utérus et de ses annexes; elle assure l'évacuation immédiate de la plus grande partie du contenu péritonéal.

2°) En cas de perforation utérine, et sous réserve de certaines conditions, il faudra parfois pratiquer l'hystérectomie abdominale.

3°) Dans les autres cas, le deuxième temps opératoire, sera l'ouverture du Douglas, afin de réaliser le drainage abdomino-vaginal.

4°) Il faudra enfin mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques dont on dispose pour relever l'état général.

CHAPITRE V

# Observations

## 1. — Péritonites non opérées

OBSERVATION N° 1

PLAUCHU in Thèse NAZ (Résumée)

### Perforation abortive du fond utérin. Péritonite hyperseptique. - Mort.

Avortement vraisemblablement provoqué d'un mois et demi. Expulse après son entrée un fœtus macéré. La température s'élève. Deux jours après *curage* qui ne ramène que quelques débris. Injection intra-utérine. Deux heures après, violent point de côté à droite. Dyspnée qui va rapidement devenir intense en même temps que le pouls s'accélère.

Quelques heures après *mort.*

**AUTOPSIE** : A l'ouverture de l'abdomen, congestion légère de l'intestin et de l'épiploon. En soulevant les masses intestinales pour explorer l'utérus et le petit bassin, il s'échappe une petite quantité de liquide légèrement jaunâtre. Il n'y a pas d'exsudat visible à ce moment, et la surface péritonéale paraît lisse. L'utérus visible par son fond et sa face antérieure a un aspect normal. En l'attirant, on entraîne l'intestin qui présente avec sa face postérieure quelques adhérences lâches qui se détachent d'elles-mêmes et l'on voit alors sur la face postérieure de l'utérus une solution de continuité de la surface d'une grosse lentille, entourée de quelques exsudats sanguino-

lents. Dans le Douglas, s'est accumulé un liquide rouge, légèrement sanguinolent. Toute la face postérieure de l'utérus est rouge ainsi que la surface du péritoine pariétal. L'utérus est enlevé en totalité. L'autopsie des autres organes n'a pas été faite.

OBSERVATION N° 2

Clinique obstétricale d'Alger N° 1125, Série II

## Péritonite diffusée. - Traitement médical. Décès.

A... M..., 17 ans, primigeste, entre le 29 juillet 1913 pour des métrorragies consécutives à des manœuvres abortives faites en ville. Dernières règles du 1er au 5 mai. Le 20 juillet, introduction d'un corps étranger (persil), dans l'utérus. Le 22, expulsion de caillots. Le 23, frissons ; T. = 39°.

A l'entrée dans le service, malade très abattue, pâle, T. = 39°, P. = 148, langue sèche; pas de vomissements. Défense musculaire remontant jusqu'à l'ombilic. Portion supérieure de l'abdomen très douloureuse. Le toucher (sous anesthésie au Kélène) montre un utérus un peu gros dont le col paraît fermé au niveau de son orifice interne. Tumeur salpingienne à gauche. La malade est mise au repos, avec glace sur le ventre. On lui fait des injections d'électrargol et de toni-cardiaques.

Le 31, état stationnaire. La température est toujours à 39°, le pouls à 140. La malade est moins abattue, se sent mieux. Le 1er août, état très aggravé : Faciès péritonéal, teint plombé, yeux excavés, nez pincé. Douleurs abdominales très vives. Le ventre est ballonné, la contracture généralisée. Toujours pas de vomissements. T = 39°, P = 150. Toucher : Empâtement de tous les culs-de-sac. On décide de faire un curettage qui ramène quelques débris.

L'état empire. T = 38°5, P = 168, filiforme. Le ballonnement du ventre et sa défense sont de plus en plus marqués.

*Mort* dans la soirée.

**AUTOPSIE.** — Abdomen rempli de pus (streptocoque). Les anses intestinales sont agglutinées, l'utérus normal, les trompes remplies de pus, surtout la gauche.

OBSERVATION N° 3

CLINIQUE OBSTÉTRICALE D'ALGER, N° 1336, Série II

## Avortement spontané. - Curettage. Péritonite diffusée. - Traitement médical. Mort.

J... J..., 31 ans, septième geste.

Entre à la Maternité le 9 Janvier 1914, pour métrorragies survenant spontanément après une aménorrhée de trois mois et demi. A l'entrée dans le service, il n'y a pas de symptômes abdominaux. Le toucher montre un col perméable et un utérus en rétroversion.

Le 10 janvier, après dilatation aux bougies de Hégar, on fait un curettage qui ramène quelques débris placentaires.

Dans la soirée, T = 39°4, P = 126.

Le 12, apparition d'une diarrhée fétide; faciès grippé, pas de tympanisme abdominal.

Le 16, contracture et défense abdominale sans tympanisme. L'abdomen est douloureux à la presion. Signe de Delbet. Faciès grippé. Quelques vomissements bilieux.

*Mort* le 18 après aggravation de l'état général sans que l'on soit intervenu.

**AUTOPSIE** : Abdomen rempli de pus, anses intestinales agglutinées, rien à l'utérus.

OBSERVATION N° 4

Clinique obstétricale d'Alger, N° 1554, Série II

### Avortement provoqué. - Infection. - Curage. Péritonite diffusée. - Mort.

L... J..., 25 ans, quatrième geste.

Le 24 juin 1914, après une aménorrhée de trois mois et demi, introduction in utéro d'un corps étranger, (persil). Dès le lendemain, la malade aurait eu de la fièvre. Le 27 Juin, elle fait sa fausse-couche. Elle entre à l'isolement le 30 Juin. Etat général très mauvais. T = 40°3, P = 140. Abdomen légèrement ballonné, un peu douloureux. Diarrhée. Pas de vomissements.

Toucher : Col ouvert. Lochies fétides. Culs-de-sac paraissant libres.

**CURAGE** digital qui ramène de nombreux débris placentaires très fétides. Drainage de la cavité utérine.

*Décès* le 1er Juillet.

**AUTOPSIE** : Montre la présence d'une assez grande quantité de pus dans tout l'abdomen. Utérus normal.

OBSERVATION N° 5

Clinique obstétricale d'Alger, N° 1996, Série II

### Péritonite diffusée suraiguë. Traitement médical. - Mort.

G... H..., 30 ans, deuxième geste.

Le 31 octobre, a fait un avortement de quarante-cinq jours environ qu'elle attribue à une chute dans un escalier?

Le 2, entrée à la Maternité. Etat général mauvais. Faciès péritonéal. T = 40°4, P = 160, petit.

Abdomen météorisé très douloureux, arrêt des matières et des gaz.

On met à la malade une poche de glace sur le ventre et on la remonte avec des toni-cardiaques. Le 3, appa-

rition de vomissements porracés qui deviennent presque incessants le lendemain. Le Pouls est toujours très rapide, incomptable. T = 38°6. Devant l'état général très mauvais, le chirurgien n'ose pas intervenir.

Le 6, les vomissements cessent. L'état semble s'améliorer vers le soir, puis subitement empire.

*Mort.*

Il n'a pas été possible de pratiquer l'autopsie.

OBSERVATION N° 6

Clinique obstétricale d'Alger, N° 2774, Série II

**Péritonite diffusée. - Traitement médical. Mort.**

D... E..., 25 ans, quatrième geste.

Le 14 janvier 1917, la malade aurait fait un avortement spontané de trois mois. Le 21, on l'amène à l'Hôpital avec un très mauvais état général. On ne peu tavoir aucun renseignement précis sur ce qui s'est passé depuis l'expulsion de l'œuf. Faciès grippé, polypnée. Langue sèche, rôtie, T = 36°7, P = filant ,incomptable. Vomissements porracés.

Abdomen météorisé, contracturé, douloureux.

Traitement médical : Glace sur le ventre, tonicardiaques.

*Mort* le 22.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION N° 7

Clinique obstétricale d'Alger, N° 3846, Série

**Avortement provoqué. - Péritonite diffusée. Traitement médical. - Mort.**

B... L..., 19 ans primigeste.

Avortement provoqué, après une aménorrhée de deux mois et demi. Le 27 juin 1919, entrée dans le service dans un état désespéré. Ne peut donner aucun renseignement.

Examen : Faciès péritonéal. Langue rôtie. Pouls incomptable. T = 39°6. Contracture abdominale. Météorisme généralisé avec disparition de la matité hépatique. l'abdomen est très douloureux, ne respire pas. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements porracés. On n'ose pas intervenir en raison de son état trop précaire.

*Mort* le 29.

## II. — Colpotomies

OBSERVATION N° 8

Planchu in thèse Naz (résumée)

Avortement de deux mois. 5 jours aprés, curage ? Au dixième jour signes nets de péritonite généralisée.

**COLPOTOMIE** : Donne issue à un verre de liquide louche.

Le lendemain : *Mort.*

Autopsie : Anses grêles agglutinées par des fausses membranes très lâches. Perforation utérine : Large brèche du fond. L'utérus baigne dans un liquide sale.

OBSERVATION N° 9

Due à l'obligeance de M. le Professeur Cabanes.

Jeune fille de 18 ans, alitée depuis trois jours, se plaint de coliques abdominales. Quelques vomissements porracés.

Examen : Pouls 120. Température : 38°7. Facies pali. Ventre douloureux, ballonné. Douleur plutôt marquée au niveau des trompes quand on pratique le toucher rectal.

Ayant réussi à éloigner la mère, nous faisons un toucher vaginal et nous constatons que l'utérus est gros, douloureux pendant les mouvements. Il sort du vagin un liquide séro-purulent légèrement odorant.

Interrogée la malade avoue avoir avorté il y a 4 ou 5 jours à la suite de manœuvres abortives faites par une Sage-femme qui a introduit à 3 ou 4 reprises et à des jours différents une sonde dans l'utérus.

L'entourage revenant nous portons à voix haute le diagnostic d'abcès appendiculaire probable, et nous déclarons que la malade est à opérer sur le champ.

La malade accepte avec empressement mais la famille demande un chirurgien consultant. Ce même matin notre Maître M. le Professeur VINCENT examine le cas et confirme notre diagnostic de péritonite diffusée et nous conseille de faire une **COLPOTOMIE** simple dans la chambre même de la malade pour éviter tout transport.

L'intervention est faite à 16 heures le jour même, sous anesthésie au Kélène. Par la Colpotomie 4 à 500 gr. de liquide péritonéal trouvent issue, liquide louche puriforme, mal lié.

Draînage par 2 gros drains. Lavage quotidiens du vagin, sans lavage dans le drain.

**GUERISON** en l'espace de 20 jours.

Actuellement se porte très bien. A eu 3 enfants.

## III. — Laparotomies

OBSERVATION N° 10

GILLES (*Bulletin de la Soc: d'Obst. et de Gyn.* 1914, N° 4)

### Péritonite post-abortive. - Laparotomie. Guérison.

Avortement provoqué de deux mois. Introduction répétée d'une sonde. **CURAGE** après dilatation aux bougies de Hégar.

Les jours suivants douleurs persistantes dans la fosse iliaque gauche. Diarrhée. Pouls, petit, température à grandes oscillations.

Trois jours après, vomissements, constipation, ballonnement du ventre, polypnée. Le diagnostic de péritonite ne faisant pas de doute on décide d'intervenir. Anesthésie chloroformique. Incision courte, a égale distance du pubis et de l'ombilic. Il s'écoule un liquide séro-purulent. Il y a des adhérences partout. On effondre celles du bas. Drainage abdominal. Injection d'huile camphrée dans le drain. La malade est mise en position de Fowler.

Par la suite aspiration du pus par le drain. Après une période de paralysie intestinale, débacle diarrhéique.

**GUERISON** avec restitutio ad integrum des organes pelviens.

OBSERVATION N° 11

VORON et MOULINIER. *Bulletin S. O. G.*, 1929, page 65 (Résumée)

Avortement provoquée de trois mois. Rétention placentaire. Examen : Utérus du volume d'une orange, douloureux. Le col est ouvert, il s'écoule des pertes fétides.

Température 39°. Ballonnement abdominal. On fait un **CURAGE.**

Deux jours après, la malade a des vomissements porracés. La température monte, le pouls s'accélère. Le ballonnement abdominal augmente.

Il y a de l'hyperesthésie cutanée. Arrêt complet des matières et des gaz.

**LAPAROTOMIE** médiane, sous-ombilicale, qui donne issue à un liquide louche dans lequel baignent les anses intestinales distendues. On met un gros drain dans le Douglas. Mikulicz.

**GUERISON.** Sort 26 jours après.

OBSERVATION N° 12

PICARD, *Bulletin S. O. G.*, 1926, Pages 581.

### Réaction péritonéale généralisée, d'origine utérine, jugulée net par la pose d'un Mikulicz.

La malade présente une forte hémorragie utérine à la suite de laquelle elle éprouve le lendemain de violentes douleurs abdominales. A l'examen deux jours après, on constate que le ventre est dur, les culs-de-sac sont douloureux; température 39°, pouls 130; la malade a des vomissements verts; on lui met de la glace sur le ventre et on la laisse au repos.

Le lendemain matin rémission. Dans l'après-midi, reprise des douleurs, vomissements incessants. Température 39°, pouls 135. Arrêt des matières et des gaz. Ventre de bois. Faciès péritonéal.

**LAPAROTOMIE.** Il ne s'écoule pas de liquide, mais les anses intestinales, l'utérus et les annexes sont très congestionnés. Pas de perforation. Mise en place d'un Mikulicz. Le lendemain, sédation des phénomènes douloureux. Etat général meilleur.

**GUERISON.**

(Observation atypique n'entrant pas exactement dans le cadre de notre étude. Nous l'avons cependant insérée, étant donné que l'auteur pense à un avortement provoqué et que peut-être une injection de substance irritante aurait pénétré par les trompes perméables jusque dans le péritoine.)

OBSERVATION N° 13.

TRILLAT, BELLY, Mlle GRANGETTE,
(*Bulletin S. O. G.*, 1931, N° 1).

**Péritonite diffuse, consécutive à des manœuvres abortives, guérie par simple drainage abdominal.**

Primigeste de 22 ans, enceinte de deux mois, qui présente des signes de péritonite diffuse, avec état générale très grave. Douleurs abdominales violentes. Ventre plat et très dur. Hypersensible sur toute son étendue. Vomissements abondants. Aucune émission de matières ni de gaz. Paleur très accentuée, nez pincé, respiration accélérée; pouls 130; température à plus de 39°.

Trois jours avant, s'est introduit dans l'utérus un crayon trempé dans la teinture d'iode. Dès le soir apparaissent de violentes douleurs abdominales qui ne font que croître jusqu'à ce jour.

Dès l'arrivée, **LAPAROTOMIE** par le Docteur Trillat. Issue d'une certaine quantité de liquide louche et séreux à l'ouverture du péritoine. Les anses intestinales sont rouges, non adhérentes, ni à la paroi, ni entre elles, mais présentent des exsudats blanchâtres en quelques points de leur surface. **DRAINAGE ABDOMINAL** (Une mèche et deux drains) .

**AUCUN GERME DANS LE LIQUIDE.**

L'état général s'améliore rapidement. 8 jours après l'intervention, fausse-couche spontanée. *Guérison.*

OBSERVATION N° 14

LOEWY (*Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie*, 5 avril 1930.)

**Péritonite généralisée après manœuvres abortive. - Drainage abdominal.**

Hystérectomie dans un deuxième temps. **Guérison.**

Mme T..., 28 ans, enceinte de deux mois, est prise ,le 25 mars 1929, après manœuvres abortives, de douleurs abdominales et lombaires suivies d'une perte abondante de sang et de caillots. Le lendemain apparaissent fièvre et frissons. La malade vomit plusieurs fois. A l'admission dans la soirée du 27 mars, le ventre est ballonné. Il existe une contracture de défense de la région sous-ombilicale de l'abdomen plus marquée dans la fosse iliaque droite. Le col utérin est mou, et laisse s'écouler un suintement sanguinolent fétide. Les culs-de-sac sont douloureux, surtout à droite, où l'on distingue mal une tuméfaction latéro-utérine. L'impression est celle d'une pelvi-péritonite qu'on va essayer de refroidir. Dans la nuit, état inchangé, mais le lendemain, se produit une aggravation rapide. La malade a eu plusieurs vomissements porracés. Le météorisme et la défense sont généralisés à tout l'abdomen et on trouve de la sonorité en avant du foie. Il n'y a aucune émission de matières ni de gaz dans les dernières 48 heures. La température est de 39°, le pouls 160, petit, faible; malgré la gravité de son état, la malade dit qu'elle se sent mieux.

Dans l'après-midi du 28 mars, sous anesthésie rachidienne (Scurocaïne 8 ctg.) **LAPAROTOMIE** médiane sous-ombilicale. L'opérée n'a pas été placée en déclive. A peine le péritoine ouvert, s'écoule des deux fosses iliaques, *non limité* par des adhérences, un flot de bouillon sale, fétide; à part l'épiploon qui est venu partiellement adhérer au niveau de la corne utérine droite, on ne voit aucune adhérence, aucune fausse-membrane dans la grande cavité. Vers le pelvis, ébauche de cloisonnement formant en arrière de l'utérus une cavité remplie de pus sous

pression. On éponge la plus grande partie du pus fétide. L'étendue de l'infection est telle qu'on se borne à drainer, sans chercher à préciser davantage l'origine de la péritonite. Peut-être, y a-t-il eu perforation de la corne utérine droite au point où adhère l'épiploon ? On met en place trois drains N° 40, un dans le Douglas, un dans chaque fosse iliaque.

Examen du liquide retiré par aspiration des drains : Prédominance de diplocoque Gram positif, de pneumocoques et d'entérocoques.

A partir de ce moment, amélioration continuelle et rapide.

Le 4 juin, sous anesthésie rachidienne, nouvelle intervention. Hystérectomie sub-totale d'après le procédé de Terrier.

Suites simples. Sort *guérie*.

## OBSERVATION N° 15

Clinique obstétricale d'Alger N° 1394, Série II

### Péritonite diffusée. - Laparatomie. - Mort.

A... E..., âgée de 24 ans, deuxième geste, entre le 28 février 1914, aurait fait, le 21, un avortement spontané (?). Après avoir eu des douleurs pendant trois jours, le 25 a eu un grand frisson, puis la température est montée à 39°.

A l'entrée, col fermé, utérus peu volumineux, culs-de-sac libres, température à 39°. La malade a quelques pertes. On la laisse au repos avec de la glace sur le ventre. Le 3 mars, la température étant tombée, on lui fait un CURAGE après dilatation aux bougies de Hégar, on ramène quelques débris placentaires. On termine par un léger curettage et un écouvillonnage à la teinture d'iode. Le 4 mars, vomissements alimentaires.

Le 8 mars, au toucher, le cul-de-sac droit est empâté, le cul-de-sac antérieur bombe. L'abdomen est météorisé

au-dessous de l'ombilic. Disparition de la matité hépatique. Dans les fosses iliaques, on a l'impression d'une masse liquidienne adbondante. Les vomissements deviennent porracés, le faciès est grippé; température 37°6. Pouls 136. On décide d'intervenir après avoir posé le diagnostic de péritonite diffusée.

**LAPAROTOMIE** médiane sous-ombilicale de 10 cm. de long.

A l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide louche, purulent, 3 litres environ. Lavage de la cavité à l'éther. Drainage par mèches.

**MORT** le 9 à 12 heures.

OBSERVATION N° 16

CLINIQUE OBSTÉTRICALE D'ALGER N° 1441, Série II

**Avortement provoqué. - Péritonite diffusée. Laparotomie. - Mort.**

S... H..., 26 ans, primigeste.

Après un retard de règles de deux mois, la malade fait, le 7 février, une tentative d'avortement (persil), sans résultat. Recommence quelques jours après avec un autre végétal sans plus de succès. Le 21 mars enfin, troisième tentative. Le lendemain, elle a une forte hémorragie et expulse un œuf.

Entre à l'hôpital le 29 mars, avec le diagnostic de péritonite généralisée. On ne peut avoir de renseignements précis sur ce qui s'est passé depuis l'avortement.

La température est de 37°5, le pouls à 108, petit. Faciès grippé. Abdomen ballonné, douloureux à la pression.

Disparition de la matité hépatique.

Pas de vomissements.

L'intervention est aussitôt décidée.

**LAPAROTOMIE** médiane sous-ombilicale; donne issue à une grande quantité de liquide d'abord louche, puis purulent. Les anses intestinales sont rouge vif, recouvertes de fausses-membranes.

Autour de l'utérus existent des poches purulentes limitées par des adhérences. Lavage de la cavité péritonéale à l'éther. Drainage par mèches à la partie inférieure.

**MORT** le 1er avril.

OBSERVATION N° 17

Clinique obstétricale d'Alger N° 8408, Série II

## Péritonite purulente à foyers multiples. Laparotomie. - Mort.

G... T..., 30 ans, quatrième geste.

Dernières règles du 15 au 18 octobre. Le 13 décembre 1924, introduction d'une sonde dans l'utérus. Dès le lendemain, douleurs abdominales violentes. Puis apparaissent des vomissements et une diarrhée profuse.

Hospitalisée le 23 décembre. A l'examen, on note :

Teint plombé, yeux excavés, battement des ailes du nez, lèvres sèches. Température 38°5, pouls 88, mal frappé.

Abdomen météorisé dans sa moitié supérieure, avec disparition de la matité hépatique .

La moitié inférieure est contracturée, douloureuse, submate. La malade rejette tout ce qu'elle prend. Depuis 48 heures, la diarrhée a fait place à un arrêt des matières et des gaz.

**INTERVENTION : LAPAROTOMIE** sous-ombilicale, sous-anesthésie générale à l'éther.

Après l'ouverture du péritoine, on tombe sur l'épiploon qui est transformée en une lame lisse semblable à une paroi épaissie de sac herniaire.

Cette lame, légèrement soulevée laisse échapper une liquide louche que l'on aspire. Les anses grêles sont rouges, agglutinées. On les dissocie et entre elles, on trouve des poches, renfermant le même liquide, tapissées de membranes d'aspect gélatineux. L'utérus est fixé.

On place un gros drain dans le Douglas, des compresses autour du grêle. On laisse l'abdomen largement ouvert.

**MORT** le lendemain.

OBSERVATION N° 18

Clinique obstétricale d'Alger N° 4542, Série III

## Péritonite post-abortum tardive. Drainage abdominal et Mikulicz à la phase présuppurative. - Guérison.

X..., 36 ans, sixième geste; entre le 28 septembre 1929 pour métrorragies consécutives à des manœuvres abortives pratiquées en ville depuis huit jours. Dans les antécédents, on relève cinq grossesses dont la cinquième se termina en 1928 par une césarienne classique. Les suites de cette dernière opération furent particulièrement mouvementées. Au quatrième jour du post-partum, la malade se leva et provoqua une désunion totale de la paroi abdominale avec éviscération de nombreuses anses grêles. L'intestin fut réintégré, et l'abdomen refermé avec drainage. Guérison.

A l'entrée dans le service, métrorragies d'intensité moyenne. T = 39°; P = 120.

Utérus gros comme une petite orange. Col perméable. Culs-de-sac libres. Le palper et le toucher combinés montrent cependant une légère diminution de la mobilité utérine et provoquent des douleurs assez vives. Abdomen souple et non ballonné. Pas de vomissements.

La malade est mise au repos avec de la glace sur l'abdomen.

La température tomba très rapidement à la normale et s'y maintint pendant cinq jours. A ce moment, les métrorragies continuant, on se décide à pratiquer sous-anesthésie générale un **CURAGE** digital prudent qui ne ramena d'ailleurs que quelques débris membraneux. Dès le lendemain, T = 39°. Pendant plusieurs jours, oscillations entre 38°5 et 39°5. En dépit du traitement général institué (Sulfarsénol, vaccinothérapie), l'examen des organes génitaux montra alors à côté d'un utérus toujours gros et peu mobile, une masse rénittente, douloureuse à

la pression, du volume d'une mandarine dans le cul-de-sac droit. Etat stationnaire jusqu'au 2 novembre 1929. Le 3 novembre, nous sommes appelés d'urgence pour des phénomènes alarmants :

Grand frisson, suivi d'élévation thermique à 40°5. Douleur extrêmement violente ayant pris naissance dans la fosse iliaque droite et irradiée dans tout l'abdomen. Vomissements bilieux. P = 120, petit, dépressible. Faciès altéré, teint plombé, yeux excavés, lèvres cyanosées, extrémités refroidies.

L'abdomen est météorisé. La matité hépatique a disparu. L'étage sous-ombilical est contracturé, il y a un arrêt complet des matières et des gaz depuis la veille au soir.

Nous pensons, en présence de ce syndrome, à la rupture possible d'un pyo-salpinx (droit) en péritoine libre et décidons d'intervenir.

**INTERVENTION** : Sous anesthésie légère au Kélène, laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur de très nombreuses adhérences reliant l'épiploon et les anses intestinales. L'abdomen contient une certaine quantité de liquide louche séro-sanguinolent. Le petit bassin est entièrement comblé par une masse d'adhérences inflammatoires, symphysées, qui ne permettent pas d'accéder aux organes génitaux. L'état de la malade nous donnant de vives inquiétudes, nous nous bornons à placer un gros drain dans la fosse iliaque droite, un autre dans le Douglas, et à mettre en place un Mikulicz au-dessus du petit bassin. Suture de la paroi avec trois fils de bronze.

Dès le lendemain, le pansement est traversé par une suppuration abondante. Le pus franc, bien lié, jaune verdâtre, contient du **STREPTO** et du **STAPHYLOCOQUE** « comme dans une culture ».

Arrêt des vomissements. Emission de gaz par l'anus, l'état général se rétablit rapidement. Après ablation des mèches et des drains, la plaie suppurant largement fut pansée à la bouillie lactique.

La température retomba assez rapidement à la normale, et la malade quitta le service à la fin décembre en excellent état.

OBSERVATION N° 19 (inédite)

Clinique obstétricale d'Alger N° 12, Série IV

**Avortement provoqué. - Péritonite diffusée tardive. - Laparotomie. - Guérison.**

V... G..., 27 ans, primigeste.

Le 20 décembre 1929, après une aménorrhée d'un mois et demi, la malade se fait placer une sonde dans l'utérus. Quelques jours après, expulsion d'un œuf complet (aux dires de la sage-femme). Cependant, les hémorragies persistent. La malade est mise au repos au lit avec de la glace sur le ventre. Vaccination polyvalente.

Le 6 janvier, brusquement, frissons et vives douleurs abdominales, s'accompagnant bientôt de vomissements porracés.

A l'entrée dans le service, le 7 janvier 1930 : Etat général très mauvais; teint terreux, yeux excavés, narines et lèvres pincées, langue rôtie, polypnée. T = 38°8; P = 120, petit.

Ventre de bois, météorisé, très douloureux; signe de Delbet positif, hyperesthésie cutanée.

Toucher : Col fermé, corps en position et de dimensions normales, mobilisable sans douleurs. Les culs-de-sac paraissent libres, mais sont douloureux. Quelques pertes sanguinolentes, mais inodores.

La malade est immédiatement placée sur la table d'opération.

Sous anesthésie locale, au cours de laquelle on donnera quelques bouffées de chloroforme, on fait une petite incision sus-pubienne.

A l'ouverture du péritoine, issue d'une grande quantité de pus de de tous les étages de l'abdomen (Staphylo). Les

anses intestinales sont rouges, agglutinées. Il n'est pas possible d'arriver sur les annexes, à cause des adhérences. Mise en place de deux gros drains de Mikulicz.

Après l'intervention, injection de sérum sous-cutané, et à la Murphy. Tonicardiaques.

Le 8, état général meilleur. T = 37°8, P = 100. Dans la nuit, vomissements noirâtres et abondants. Lavage d'estomac.

Le 9, ventre ballonné, mais matité hépathique partiellement conservée. Hoquet. Pas de selles, injection de péristaltine.

Le 10, lavement de vin. Débacle diarrhéique.

Le 13, on retire les drains; le 15 les deux mèches et le 17 le sac.

Dans les jours qui suivent la malade va très difficilement à la selle. Quelques très rares gaz. On lui injecte de la péristaltine et de l'hypophyse. Le 28, toucher : L'utérus paraît fixé dans une masse dure qui occupe tous les culs-de-sac sans point de fluctuation. Il est douloureux à la pression.

12 février : L'empâtement a diminué.

Le 7 mars, le cul-de-sac droit est partiellement libre. Le gauche et le Douglas sont toujours occupés par une masse dure, douloureuse.

La malade sort complètement *guérie*. L'empâtement a totalement disparu.

OBSERVATION N° 20

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé

H. Duboucher

## Péritonite diffusée post-abortum. Laparotomie. - Entérostomie secondaire. Guérison.

Mme P..., 31 ans, a fait une fausse-couche il y a une huitaine de jours environ. Après quelques jours d'hémor--

ragie peu importante, la fièvre s'est élevée progressivement, mais assez rapidement. Des douleurs violentes sont apparues dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée. Puis les vomissements sont survenus, alimentaires d'abord, puis aqueux, et enfin bilieux.

L'état général est touché de façon assez intense. La température dépasse 39° et le pouls 120.

Le ventre est ballonné. Il y a arrêt des matières et presque arrêt des gaz depuis trois jours. Tympanisme abdominal généralisé avec sub-matité à la forte percussion de l'arc ilio-pubien. La pression est douloureuse dans toute l'étendue de l'abdomen au-dessous de l'ombilic et il existe là une défense musculaire manifeste. Le toucher abdomino-vaginal montre des culs-de-sac occupés et très douloureux; le Douglas n'est pas très saillant et la lésion n'appelle pas une intervention par le bas.

C'est plutôt vers le haut que l'attention est attirée : la péritonite sous-ombilicale menace sévèrement le reste de la séreuse et c'est par là surtout qu'il faut tenter d'emblée d'enrayer la marche de l'infection.

Sous anesthésie générale, on fait une **LAPAROTOMIE** sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grosse quantité de liquide qui devient très trouble à la fin (Décantation), Les deux trompes sont grosses, fluctuantes, adhérentes et en voie de sphacèle : on les extirpe très rapidement. Les anses grêles sont rouges; le colon transverse est énorme et vient constamment faire saillie dans l'angle supérieur de la plaie.

Deux gros drains sont placés dans le Douglas et des mèches sont mollement tassées dans la cavité pour en interdire la fréquentation aux anses grêles. D'autres compresses sont tassées entre les lèvres de la plaie pour la maintenir béante. Le colon transverse se présente toujours dans la partie haute de l'incision: on l'y laisse en l'entourant de compresses qui maintiennent son affleurement à l'extérieur et l'isolent. Sérum salé et sucré en abondance. Tonicardiaques.

Trente-six heures après, le gros intestin est ponctionné, et une sonde de Petzer à bout coupé est placée dans l'orifice de ponction. Des gaz abondants s'échappent et le ventre s'affaisse dans les heures suivantes. Aux gaz font suite des matières liquides.

L'état général se rétablit assez facilement. Les mèches sont supprimées progressivement. Les drains sont laissés beaucoup plus longtemps. La plaie bourgeonne activement, sous l'action de nombreux lavages légèrement acidulés et sans que la peau n'ait jamais été irritée, la plaie se ferme très lentement, laissant une fistule labiée que la malade n'a pas encore pu se résoudre à faire fermer, geste chirurgical qui ne présente aucune urgence.

OBSERVATION N° 21

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé

H. Duboucher

## Péritonite diffusée post-abortum. Laparotomie. - Guérison.

Mme S..., 32 ans, arrive à la clinique venant de faire 275 kilomètres en auto. L'état général est très mauvais. Le faciès est tiré, le pouls très rapide, mou et dépressible.

Le ventre est ballonné et respire mal; il est spontanément douloureux dans toute sa moitié inférieure. La pression, très douloureuse partout, montre l'existence d'une défense musculaire très marquée dans toute la région sous-ombilicale. Le toucher vaginal fait percevoir un utérus fixé; les culs-de-sac bombent peu; le postérieur est très sensible à la pression. Il y a eu des vomissements et quelques nausées persistent.

Ce tableau sévère s'est développé à la suite d'une fausse-couche faite il y a une dizaine de jours environ.

Le diagnostic de péritonite de l'étage inférieur est posé; son origine génitale ne fait aucun doute.

Sous anesthésie générale légère, on fait une incision sus-pubienne qui permet d'évacuer une grosse quantité de pus assez bien lié. Un très gros drain est placé dans le Douglas et des mèches de gaze sont tassées entre les lèvres de la plaie pour maintenir celle-ci largement béante.

Toutes les ressources de la thérapeutique anti-toxique et stimulante sont mises simultanément en action. Peu à peu l'état général s'améliore. La température tombe, et après des soins prolongés, la *Guérison* est obtenue.

Un an après, la malade est opérée une deuxième fois pour éventration et annexite irréductible. Les suites opératoires ont été des plus simples.

## IV. — Drainage abdomino-vaginal

OBSERVATION N° 22

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé H. Duboucher

### Péritonite diffusée post-abortum. - Colpotomie. Laparotomie deux jours après. - Entérostomie. Amélioration. - Parotidites secondaires. Décès.

Mme Elk..., 33 ans, a fait récemment une fausse-couche. La température est au voisinage de 39° le soir. Le toucher est très douloureux, la pression dans le cul-de-sac postérieur est intolérable et celui-ci bombe assez fortement. Le péritoine sous-ombilical réagit d'une façon assez marquée : douleur spontanée et à la pression, défense musculaire en croissant, il y a eu des vomissements. Le pouls est assez bien frappé et bat à 108.

Le diagnostic d'abcès pelvien s'impose. La collection est surmontée par une zone de péritonite dont l'activité diffusante n'est peut-être pas encore éteinte. Il semble cependant que l'incision basse de la collection ne peut que favoriser la détente, à condition de ne pas trop presser sur la paroi abdominale au cours de la colpotomie.

Celle-ci est faite sous anesthésie générale. Une volumineuse collection contenant un pus très liquide grisâtre est ouverte. L'index droit introduit dans l'ouverture pratiquée palpe très doucement le contenu pelvien autour de l'abcès qui vient d'être ouvert, la main gauche déprimant la paroi abdominale. Cette exploration est négative. Il n'existe pas d'autre collection; mais les anses sont agglutinées, formant un véritable gâteau péritonéal, surmontant l'abcès.

Deux jours après, les phénomènes péritonéaux ont diffusé. La limite supérieure de la réaction péritonéale s'est manifestement élevée. L'état général a empiré : pouls très rapide à 128, dépressible; température à 39°5 le soir. Des vomissements verdâtres ont apparu.

Sous anesthésie générale, on fait une incision sus-pubienne qui permet l'évacuation d'un abondant liquide qui a décanté au point déclive du péritoine, un pus assez épais mais néanmoins mal lié. Plusieurs drains volumineux sont placés dans le point déclive à droite et à gauche. Une anse grêle parésiée et dilatée est attirée vers le haut de l'incision et laissée affleurant au dehors; des compresses sont placées autour d'elle pour l'isoler, et entre les drains et les lèvres de la plaie pour la maintenir béante.

De hautes doses de sérum intra-veineux, tantôt salé, tantôt glucosé (trois litres par jour) et les tonicardiaques habituels permettent d'assurer la survie. A la vingt-quatrième heure, l'anse grêle est ouverte et fonctionne immédiatement et abondamment par une sonde de Petzer à bout coupé qui amène son contenu à l'extérieur. Le ventre s'affaisse, la température diminue, les sécrétions de la plaie sont de plus en plus liées. Les bords cruentés deviennent rouges. L'appétit reparaît et devient même impératif. Nul doute que l'infection péritonéale ne se soit localisée.

Brusquement, vers le douzième jour, apparaît une parotidite gauche avec reprise de la température. Chute de l'état général et frissons répétés. En trois jours, il se fait un abcès volumineux qui est incisé. Injections intra-veineuses abondantes de spticémine et sérum de Vincent par la même voie .

La température fléchit, l'état général reprend, l'espoir renaît, quand tout aussi brusquement apparaît une parotidite droite qui suppure à son tour, mais moins rapidement que la première, et est, elle aussi, incisée. Mais l'abcès est moins formé, la défense semble fléchir et de

fait, la **MORT** survient malgré tous les efforts thérapeutiques.

OBSERVATION N° 23

PLAUCHU in thèse NAZ

**Avortement probablement criminel. - Infection. Péritonite. - Laparotomie. - Drainage abdomino-vaginal. - Guérison.**

Après un retard de trois mois et demi, la malade aurait fait une fausse-couche. Depuis, pertes.

Entre à l'hôpital sept jours après. Le lendemain, expulse un délivre putréfié. Depuis, température élevée. Plusieurs grands frissons.

Onze jours après son entrée, douleurs au niveau de l'abdomen qui est ballonné, météorisé. Quelques vomissements. Pouls rapide.

Le diagnostic de péritonite étant posé, on fait une **LAPAROTOMIE.** Deux litres de pus s'écoulent. Derrière l'utérus, le chirurgien crève au doigt une nouvelle poche qui donne issue à un litre de pus. Ouverture du Douglas. **DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL. GUERISON.**

OBSERVATION N° 24

LEQUEUX et DUPONT (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1913, page 278).

**Curettage après avortement. - Péritonite consécutive - Laparotomie et colpotomie.**

Celles-ci donnent issue à un liquide bouillon sale, fétide. Occlusion intestinale consécutive.

**ENTEROSTOMIE** le lendemain sur une anse grêle.

**GUERISON.**

OBSERVATION N° 25

TRILLAT in Thèse MIQUEL (Résumée).

Avortement provoqué. Quelques jours après, douleurs abdominales. Vomissements alimentaires puis bilieux. Hospitalisée. Expulsion à l'entrée d'un fœtus de quanrante-cinq jours. On porte le diagnostic de péritonite diffusée.

**LAPAROTOMIE** et **COLPOTOMIE** qui donnent issue à une sérosité jaunâtre louche (Strepto).

**DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL. — GUERISON.**

OBSERVATION N° 26

TRILLAT in Thèse MIQUEL (Résumée).

Avortement provoqué de trois mois. Le toucher montre la présence dans le Douglas d'une masse arrondie. On fait une **COLPOTOMIE** : Sérosité louche et pus liquide fétide (Pneumocoque, pneumobaccille, coli).

Le lendemain, **LAPAROTOMIE** et **DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL.** Les anses intestinales sont déjà agglutinées. Pus abondant et fétide. **MORT.**

**AUTOPSIE** : Abdomen rempli de sérosité louche. Pas de perforation. Mais les trompes sont pleines de pus.

OBSERVATION N° 27

TRILLAT in Thèse MIQUEL (Résumée).

Avortement de quarante-cinq jours environ. Après un effort (?), douleurs abdominales intenses; puis la température monte à 38°4. Le lendemain, nouvelles douleurs. T = 40°.

Le jour suivant, la malade entre à l'hôpital. On pose le diagnostic de péritonite diffusée. **LAPAROTOMIE** : Issue d'un litre de pus environ.

**DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL.**

**DECES** quatre jours après.

OBSERVATION N° 28 (Résumée)

TRILLAT et REBOUD (*Bulletin de la Société d'Ostétrique et de Gynécologie de Paris*, mars 1928).

## Péritonite aiguë à streptocoques post-abortum Drainage abdomino-vaginal. - Guérison.

Enceinte de deux mois environ, a tenté à trois ou quatre reprises de se faire avorter au moyen d'une sonde rigide. Après une dernière tentative, douleurs dans le bas-ventre, d'abord faibles et localisées, puis très violentes et généralisées. Quelques vomissements alimentaires et bilieux apparaissent à la suite, pendant que l'état général s'aggrave progressivement. Faciès anxieux, dyspnée modérée, sine materia.

Température : 39°5. Le pouls est filiforme, bat à 150.

Abdomen météorisé, douloureux, mais pas de défense très marquée des muscles de la paroi qui se mobilisent encore quelque peu. Dans la partie inférieure de l'abdomen, œdème remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Matité dans les flancs.

Toucher : Col entrouvert, non perméable au droigt. Pas d'hémorragie. Douglas douloureux et légèrement blindé. On décide d'intervenir.

Anesthésie légère à l'éther. **LAPAROTOMIE** médiane sous-ombilicale : De la sérosité louche, puis du pus franc, s'écoulent (Streptocoque). Une **COLPOTOMIE** est de plus pratiquée immédiatement, qui permet l'issue d'un bon demi-litre de pus très fétide. **DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL** par gros drain. Mèche dans l'abdomen, au contact de la paroi utérine postérieure.

Après quarante-huit heures, instillation toutes les trois heures de liquide de Carrel dans le drain. Le onzième jour, on enlève drain et mèche. La malade se lève 25 jours après l'intervention, a son retour de couches deux jours après, et sort de l'hôpital en parfait état dix jours plus tard.

OBSERVATION N° 29

Clinique obstétricale d'Alger N° 1493, Série II

## Péritonite diffusée opérée par drainage abdomino-vaginal au 4e jour. - Mort.

B... M..., âgée de 21 ans, primigeste.

Le 16 avril 1914, après une aménorrhée de deux mois, avortement spontané dant les suites furent normales jusqu'au 1er mai. Ce jour-là, la malade est brusquement prise d'un grand frisson suivi d'élévation de la température. Les vomissements apparaissent le jour même, d'abord alimentaires puis bilieux.

Le 4 mai, elle est hospitalisée au pavillon d'isolement de la Maternité. A ce moment, T = 39°, P = 130, petit. Faciès péritonéal caractéristique. Hoquet, vomissements porracés.

Abdomen uniformément météorisé, très dur, très douloureux.

**LAPAROTOMIE SOUS-OMBILICALE** : Dès l'ouverture, il s'écoule du pus clair, grumeleux. La main introduite dans le petit bassin effondre des adhérences et on voit sourdre du pus jaune clair en assez grande quantité.

Les anses intestinales sont congestionnées, piquetées de rouge, couvertes de fausses-membranes. Les annexes sont adhérentes à l'utérus, mais libérables.

Lavage de la cavité à l'éther. Drainage par mèches et drain de caoutchouc.

**COLPOTOMIE** : On place deux drains dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans l'après-midi, le hoquet cesse ; les vomissements continuent.

Le 6 mai, vomissements porracés, état général mauvais. T = 37°8, P = 120.

**MORT** le 7 mai.

OBSERVATION N° 30

Clinique obstétricale d'Alger N° 8678, Série II

**Péritonite diffusée.**
**Drainage abdomino-vaginal. - Mort.**

L... G..., 25 ans, primigeste.

Le 10 avril 1925, introduction d'une sonde dans l'utérus. Le 13, frissons. T=40°7; P=130. Expulsion de caillots. Entre le 14 à l'hôpital. Faciès péritonéal. Abdomen météorisé, très douloureux.

Immobilisation du diaphragme.

Sous anesthésie générale à l'éther, le chirurgien fait une petite **INCISION SUS-PUBIENNE** qui donne issue à 300 cc de pus. Drainage.

**COLPOTOMIE** postérieure qui laisse s'écouler un peu de pus. Drainage.

La malade est remontée par les moyens habituels. Etat général médiocre. Polypnée.

Température 39°2. Pouls petit: 156.

**MORT** dans la soirée.

OBSERVATION N° 31 (Inédite)

Clinique obstétricale d'Alger N° 1642, Série IV

**Avortement provoqué. - Curettage.**
**Péritonite diffusée.**
**Drainage abdomino-vaginal. - Guérison.**

M... M..., 21 ans, quatrième geste.

Trois avortements traumatiques antérieurs.

Grossesse de trois mois environ. Mise en place le 8 janvier d'une sonde en gomme qui a été gardée jusqu'au 10 sans s'accompagner d'hémorragie. Toutefois, le 10 janvier, à 14 heures, apparition de violentes douleurs abdominales et lombaires, accompagnées d'un grand frisson avec élévation de température à 40°4. La sonde est enlevée à ce moment-là. Le tableau symptomatique est alors

le suivant: Femme anémiée, faciès pâle, polypnée. L'abdomen respire, mais il est légèrement douloureux au niveau de la trompe gauche. T = 40°2, P = 140.

Toucher : Le col et la région isthmique sont occupés par l'œuf en voie de migration.

Dilatation aux bougies de Hégar, et curettage facile. La curette n'a jamais, au cours de l'intervention cureté le muscle utérin, à proprement parler. Mais, après avoir extrait l'œuf et les débris ovulaires, en voulant faire une révision de la cavité utérine, on croit percevoir une solution de continuité au niveau de la région postérieure et gauche du fond de l'utérus.

Désinfection vaginale. Mèche iodée dans le col. Glace sur le ventre, sulfarsénol : 0,12.

Le 10 janvier : T = 37°5, P = 100. Légère douleur abdominale.

Le 11 janvier : T = 37°8, P = 100. Vomissements bilieux, apparus dans la nuit. Ventre douloureux. Contracture abdominale. Arrêt des matières et des gaz. Elle est hospitalisée à ce moment-là et on décide aussitôt l'intervention.

**LAPAROTOMIE** médiane sous-ombilicale. Des adhérences multiples rendent l'ouverture péritonéale particulièrement difficile. Il y a du séro-pus dans tout l'abdomen.

Il y a une perforation punctiforme sur la région gauche et postérieure du fond.

Mikulicz en arrière de l'utérus. Drain abdominal.

**COLPOTOMIE** postérieure.

Après l'intervention sérum à la Murphy, tonicardiaques.

Examen du liquide péritonéal : Poly très altérés, flore microbienne très dense et très variée, à l'examen direct et en culture sur gélose.

On retire les mèches le 17 et le 18. Le 20 le sac du Mikulicz. Le 21, on enlève le gros drain que l'on remplace par un plus petit par lequel on aspire le pus dans les jours qui suivent.

Quitte l'hôpital le 11 mars complètement **GUERIE.**

## V. — Hystérectomies vaginales

OBSERVATION N° 32

FOURNIER et RASCOL (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 25 janvier 1924.)

### Avortement criminel. - Infection. Hystérectomie vaginale. - Guérison.

Jeune fille de dix-sept ans, deuxième pare, état grave (Pouls 150, température 38°9. Diarrhée fétide, langue rôtie, ventre contracturé). Toucher : Col béant, laissant échapper des débris fétides.

Devant ce tableau de péritonite post-abortive extrêmement grave, après avoir remonté la malade par tous les toniques d'usage, on fait une **HYSTERECTOMIE VAGINALE.**

Ablation de l'utérus assez difficile, car il se déchirait, étant en pleine caséification. Les pinces sont laissées à demeure quatre jours. **GUERISON.**

OBSERVATION N° 33 (Résumée)

COURTY (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, Paris 1924)

Avortement de trois mois. Curettage en ville. Onze jours après l'avortement, entre à l'hôpital. Il semble que l'infection ait dépassé l'utérus et se localise dans le péritoine pelvien. Glace sur le ventre.

Deux jours après, grands frissons. Vomissements. Faciès grippé. Ventre de bois. Pouls à 140. On porte le diagnostic de Péritonite généralisée à point de départ pelvien.

Sous anesthésie à l'éther, on fait une **HYSTERECTOMIE VAGINALE.** Il s'écoule un pus mal lié. Drain. Le lendemain, très mauvais état général. On fait du sérum antistreptococcique. Les jours suivants amélioration. Continuation de la sérothérapie. **GUERISON.**

OBSERVATION N° 34

MONOD et KIRALY (*Presse Médicale*, 30 août 1930).

Mme B..., âgée de 30 ans, admise dans le service de Chirurgie le 2 mars 1930, en pleine péritonite généralisée.

Retard de règles de six semaines. Tentative d'avortement par manœuvres intra-utérines, il y a quatre jours. A son entrée à l'hôpital, la température est à 39°, le pouls à 140, mal frappé. Faciès péritonéal. Ventre ballonné et uniformément douloureux. Vomissements porracés.

Au toucher vaginal, on sent le col en arrière; l'orifice externe est entrouvert. Le corps est libre, mobile, très douloureux. Le ballonnement empêche le toucher combiné au palper. Sous anesthésie rachidienne à la scurocaïne, on fait une **HYSTERECTOMIE VAGINALE** par hémisection antérieure. Après l'ouverture du Douglas, il s'écoule un flot de pus jaunâtre sous pression et en quantité considérable.

L'utérus est extrêmement friable et se déchire à la moindre traction. Pinces à demeure sur le ligament large. Mikulicz et gros drain vaginaux.

**MORT** un quart d'heure après l'opération.

## VI. — Hystérectomies abdominales

OBSERVATION N° 35 (Résumée)

PLAUCHU et ARNAUD (*Lyon Médical*, 3 août 1913).

**Avortement criminel. - Péritonite diffuse aiguë. Hystérectomie abdominale totale. Mort en cent heures.**

Avortement provoqué de trois mois et demi. Métrorragie. Température. **CURAGE.**

Le lendemain, état plus grave. Météorisme abdominal. Vomissements. Pouls rapide. Faciès caractéristique.

Laparotomie donnant issue à une grande quantité de liquide purée de pois clair. Anses intestinales moyennement distendues et hypervascularisées. En attirant l'utérus vers le haut, on voit s'écouler un flot de pus verdâtre, bien lié, les annexes sont indemnes.

**HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.** Péritonisation haute avec l'S iliaque adossé au péritoine rétro-vésical. On verse 50 grammes d'huile camphrée à 1/10 dans l'abdomen qui est refermé en deux plans sans drainage.

L'état semble s'améliorer et quatre jours après **MORT.**

**AUTOPSIE** : Grand péritoine sain. Anses intestinales normales. Pas de fausses membranes. Seules quelques adhérences lâches unissent deux ou trois anses grêles aux lèvres de la plaie péritonéale insuffisamment affrontées.

OBSERVATION N° 36

COTTE (*Gynécologie et Obstétrique* 1921. Tome IV. N° 3).

Avortement criminel. Curettage huit jours après. Etat général grave. Pouls 130. Température 39. Ventre ballonné. Dyspnée. Sous rachi-anesthésie, laparotomie : ven-

tre plein de pus. Rien d'apparent au niveau de l'utérus. Les trompes sont pleines de pus.

**HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE** et **DRAINAGE VAGINAL.**

L'abdomen est fermé avec un drain sus-pubien pendant 24 heures. Il y a une légère amélioration.

Le quatrième jour, pour parer à un iléus paralytique, on fait deux **ENTEROSTOMIES.**

Au quatorzième jour, nouvelle poussée inflammatoire : **MORT.**

**AUTOSPIE** : Cellulite phlegmoneuse dans le pelvis. Aucune trace d'exsudat dans le péritoine.

## OBSERVATION N° 37

MONOD et KIRALY (*Presse médicale* 30 août 1930).

Madame G..., 39 ans, admise dans le service de chirurgie le 27 mars 1930 avec un syndrome de péritonite aiguë consécutive à une perforation utérine probable, survenue le 23 mars au cours d'un curettage pour rétention placentaire infectée et traitée par le repos au lit et glace sur le ventre.

A son entrée à l'Hôpital : Ventre ballonné, très douloureux dans toute son étendue. Température à 39°, pouls à 140. Vomissements biliaires.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales sont rouges et distendues. Le colon sigmoïde est couvert de fausses membranes, mais le cloisonnement du bassin est imparfait. Douglas rempli de pus putride.

Utérus gros, gangréné, d'une friabilité extrême. Il existe au niveau du fond une perforation lenticulaire à bords déchiquetés. Les ligaments larges sont infiltrés d'œdème.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Rapide sans péritonisation ; drain vaginal et abdominal. Mikulicz abdominal. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

**MORT** une heure après l'opération.

OBSERVATION N° 38

(Même référence).

Madame S..., 38 ans, admise d'urgence dans le service de chirurgie le 3 septembre 1928, avec le diagnostic de péritonite par perforation utérine au cours d'un curettage pour rétention placentaire infectée.

Température 39°2. Pouls 120. Faciès très choqué. Ventre balloné, uniformément douloureux. Vomissements biliaires. Il s'écoule par le vagin du liquide brunâtre fétide.

Opération d'urgence le jour même, sous anesthésie générale, au mélange de Schleich : laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à l'ouverture du péritoine du liquide noirâtre en abondance moyenne. Les anses intestinales sont rouges et distendues. Pas de traces de cloisonnement ; l'utérus a le volume d'un poing d'adulte ; il est mou, infiltré, très friable. Au niveau de la face postérieure de la corne droite, on trouve une perforation de 3 centimètres à bords déchiquetés. Pas de fausses membranes au niveau de la perforation.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Le moignon cervical est laissé béant après cautérisation au thermo. Pas de péritonisation. Gros drain dans le Douglas. Mikulicz abdominal. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

**GUERISON** complète en trois semaines .

A l'ouverture de la pièce opératoire, on constate que l'utérus contient plusieurs noyaux fibromateux intramuraux.

OBSERVATION N° 29

(Même Référence).

Madame G..., 43 ans, métorragies abondantes après fausse-couche, spontanée aux dire de la malade ; curettage qui ramène quelques débris placentaires insignifiants. Glace sur le ventre. Le lendemain, douleurs adbominales, vomissements alimentaires. Température 38°. Pouls 120.

Le ventre est légèrement contracturé et douloureux au palper.

Le lendemain, l'état s'aggrave. On apprend alors qu'il y a eu manœuvres abortives. (Sonde rigide intra-utérine) et on décide d'intervenir d'urgence.

Laparotomie sous anesthésie générale au balsoforme.

On trouve un fœtus de quatre mois environ, macéré, avec un placenta putréfié dans la cavité péritonéale. Liquide brunâtre, fétide, en abondance. L'utérus est gros, grisâtre, fétide, présentant une large perforation de cinq centimètres de diamètre au niveau de sa face postérieure.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE** ; drain vaginal et abdominal. Mikulicz. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Suites très simples au début. Mort subite le 20e jour par embolie pulmonaire.

## OBSERVATION N° 40

(Même référence).

Mademoiselle A..., entre à la suite d'un avortement provoqué le 4 février 1930. Le 6 février, température 39°. Tentative de curettage par le médecin traitant. Le 8 février, ventre de bois. Douleurs abdominales très vives, accompagnées de hoquet et de vomissements.

Toucher vaginal très douloureux. Col ouvert, contenant des débris placentaires. Corps gros, mou douloureux. Culs de sac empatés, et très douloureux.

La température est de 38°8. Pouls 130.

Sous anesthésie générale au Schleich : laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'échappe un liquide sous tension, sanguinolent, d'odeur putride, des débris sphacélés.

L'utérus est sphacélé, gris verdâtre, répendant une odeur particulièrement fétide. Les ligaments larges infiltrés se déchirent avec une facilité déconcertante.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Drain vaginal et abdominal. Mikulicz. Paroi en un plan au fil de bronze.

**GUERISON** en quarante cinq jours.

OBSERVATION N° 41

(Même Référence).

Madame C..., 34 ans, le 30 janvier 1930, présente des douleurs abdominales avec pertes vaginales, brunâtres, fétides, et température à 39°3. Pouls à 140.

L'examen montre un utérus débordant le bord supérieur du pubis de quatre travers de doigt, douloureux. Le reste de l'abdomen est souple et indolore.

Au toucher vaginal, on trouve le col béant, le corps anteversé, mou et douloureux.

On fait le diagnostic d'œuf mort et infecté, et l'état de la malade étant alarmant, on décide de faire un curettage sous anesthésie générale au balsoforme. La dilatation de l'orifice interne est difficile. On peut difficilement passer une curette mousse qui après quelques secondes disparaît dans le ventre. Le diagnostic de perforation étant posé, on décide de faire une hystérectomie d'urgence, étant donné l'infection utérine grave.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang en abondance dans le ventre avec des débris placentaires, utérus gros, mou et fibromateux, présentant une perforation au niveau de la corne gauche.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Drain vaginal et abdominal. Mikulicz. Paroi en un plan au fil de bronze.

**GUERISON** complète en quarante cinq jours.

OBSERVATION N° 42

FERRÉ (in. *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.* 1924, N° 2, page 157.

Malade ne donnant aucun renseignement et se présentant avec des symptômes de péritonite généralisée.

Laparotomie qui donne issue à un demi-litre de sérosité légèrement trouble. Utérus ramolli.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Drainage abdominal.

L'ouverture de l'utérus montre nettement la trace laissée par l'implantation récente d'un ovule fécondé.

**GUERISON.**

OBSERVATION N° 43

KELLER de Strasbourg. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.* de Paris. Mars 1929.

Femme de 23 ans, deux accouchements.

Grossesse du deuxième mois. Injection intra-utérine. Lors de l'admission, pas de symptômes abdominaux. Le lendemain matin même état. Dans le courant de l'après-midi, début des premiers signes de la péritonite. Aggravation rapide de ces symptômes. Opération dans la soirée.

Laparotomie : Exsudat séro-purulant remontant jusqu'à l'ombilic. Forte réaction péritonéale. Sur la paroi postérieure de l'utérus, coloration noirâtre des tissus. Paramètre gauche œdématié. Annexes gauches tuméfiées.

**HYSTERECTOMIE TOTALE.** — Drainage vaginal. Mikulicz.

**GUERISON.**

OBSERVATION N° 44

(in. thèse SUZOR)

Mademoiselle F..., 16 ans ayant présenté des vomissements alimentaires en rapport avec une indigestion, et se croyant enceinte, reçut une injection intra-utérine de vinaigre aux fins d'avortement deux jours avant son admission.

Elle se plaint de douleurs abdominales généralisées. Le ventre est dur comme du bois, la respiration abdominale abolie, les vomissements persistent. La température est

aux environs de 40°, le pouls à 130, le faciès grippé. Au toucher, utérus mobile, douloureux.

Laparotomie sous-ombilicale. Il existe une quantité moyenne de pus dans le bas-ventre. On hésite un moment avant de prendre une décision. Les trompes étant gorgées de pus, on se décide à faire l'hystérectomie à contre-cœur, étant donné l'âge de la malade.

**HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.** — Drain vaginal. Mikulicz abdominal. Fermeture de la paroi en un plan.

**GUERISON.** — Malade sortie un mois après l'intervention sans avoir présenté aucune complication.

OBSERVATION N° 45.

LOEWY (*Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 5 avril 1930).

## Péritonite diffuse par perforation abortive d'un utérus gravide. - Hystérectomie abdominale subtotale. - Mikulicz. - Guérison.

Madame J..., 37 ans, après un retard de deux mois, subit le 15 avril des manœuvres abortives avec une sonde rigide, répétées quelques jours plus tard. Elles sont alors suivies de douleurs vives dans le bas-ventre, plus fortes à droite, et de pertes sanguines. La malade entre dans le service le 28 avril dans un état très grave. Dans les quatre jours qui ont précédé, fièvre à 40°5, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz. Plusieurs vomissements bilieux, puis porracés.

A l'entrée, météorisme généralisé du ventre avec résistance défensive de tout l'abdomen, plus marquée dans la région hypogastrique, mais sans contracture véritable. Submatité dans les flancs, sonorité en avant du foie. Température 37°, pouls 140. Respiration courte, superficielle. Visage fatigué, sans présenter toutefois l'aspect observé dans la péritonite toxique. Interrogée, la malade dit qu'elle se sent bien et qu'elle ne souffre pas.

Sous-anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale; à l'ouverture du péritoine, s'écoule du pus fétide. On agrandit l'incision. Un liquide purulent mal lié, demi-fluide, libre dans la grande cavité remplit le petit bassin. La péritonite est libre, sans autre ébauche de cloisonnement qu'une adhérence de l'épiploon à la corne droite de l'utérus qui est rouge, vascularisé, mou, du volume d'un utérus gravide de deux mois et demi. En écartant l'épiploon, on voit que celui-ci a essayé d'obturer une perforation de la corne utérine droite. Sans incliner l'opérée, on pratique l'**HYSTERECTOMIE** par le procédé de Terrier, après avoir libéré des annexes augmentées de volume et œdématiées. Fermeture du col par un point. Mikulicz avec deux mèches et un drain centraux, sans tenter la moindre péritonisation.

Fermeture de la paroi en un plan avec des fils de bronze.

L'examen du liquide et des cultures montrèrent la présence abondante de bacilles de Friedländer.

Après avoir présenté une phlébite de la jambe gauche qui nécessita l'alitement pendant quarante jours, l'opérée sortit **GUERIE.**

Depuis n'a présenté aucun trouble. Localement, il existe une petite éventration au niveau du Mikulicz.

## Conclusions

Les péritonites diffusées post-abortum, tout en entrant dans le cadre des péritonites puerpérales, doivent être nettement différenciées des péritonites du post-partum. Elles s'en séparent en effet :

1°) Au point de vue clinique : Ces péritonites se rapprochent par leur symptomatologie des péritonites diffusées non puerpérales.

2°) Au point de vue étiologique : elles relèvent de deux processus pathogéniques distincts :

*a*) Tantôt, ce sont des péritonites par effraction,

*b*) Tantôt elles succèdent à une infection des des voies génitales; cette infection se transmet, par l'intermédiaire des lymphatiques, à la séreuse péritonéale (Lymphopéritonites).

3°) Au point de vue du pronostic : Quoique grave, il est moins redoutable que celui des péritonites des suites de couches, et demeure conditionné par la précocité du diagnostic et du traitement.

4°) Au point de vue thérapeutique : Le traitement doit être chirurgical et peut être basé sur les principes suivants :

A) En cas de doute: pratiquer une « boutonnière » sus-pubienne permettant de vérifier l'état du péritoine.

B) En cas de péritonite confirmée : Laparotomie exploratrice. Evacuation du pus.

Examen de l'utérus et des annexes. Hystérectomie abdominale subtotale, si une lésion utérine l'indique et si l'état de la malade le permet.

Dans les autres cas, effondrement du Douglas et *Drainage Abdomino-Vaginal.*

---

Vu :
*Le Président de thèse,*
LAFFONT.

Vu :
*Le Doyen,*
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 5 mai 1931.
*Le Recteur,*
TAILLIART.

# Bibliographie


ACHARD. — *Traité de Médecine,* 1897. Péritonites aiguës.

ADAM. — *Thèse de Paris,* 1921.

ADDE. — *Thèse de Lyon,* 1911. De l'Hystérectomie vaginale dans les infections puerpérales.

AHLFELD. — *Lehrbuch des Geburtshilfe,* 1903. Peritonitis puerperalis, page 685.

ARNAUD. — *Thèse de Lyon,* 1911.

ARNOULD. — Communication au XXXIX$^{e}$ Congrès de Chirurgie 1930.

AUVRAY. — L'infection puerpérale et son traitement chirurgical. (*Gazette des Hôpitaux* n° 79. 30 sep. 1924).

AUVRAY et BOURSIER. — *Précis de Gynécologie ;* Tome II ; page 660

BAISCH. — Münchener Medizinische Wochenschrift, t. 58 ; n° 38, 1911.

BALDWIN. — Surgical treatment of certain I. P. (*American Journal of Obst. and Gyn.,* 1923 n° 5).

BAR. — Congrès de Gyn. et Obst. 1921. Madrid. Tome IV, page 513.

— Congrès des Gyn. et Obst. Strasbourg 1923.

BAR et BOULLE. — L'Ostétrique, 14 mai 1898.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La Pratique des Accouchements.

BAR et BRINDEAU. — In Tarnier. — Budin. Les Péritonites puerpérales.

BAUDET. — *Thèse de Lyon,* 1913.

BAUZET. — *Presse Médicale ;* 1$^{er}$ février 1911 ; page 82.

BELONDUINE. — Les voies empruntées par l'I. P. au cours de la F. P. Rousskaïa Klinik. T. III. 1925.

BENOIST. — *Thèse de Paris,* 1901.

BENTHIN. — Die Geb. gynäk. freie Peritonitis. *Monatsch. f. Geb: u Gyn.,* 1922, page 171.

Berthon. — *Thèse de Paris,* 1913.

Binet et Guillemin. — Avortement provoqué. Péritonite consécutive. Laparotomie. Guérison. (*Bulletin Soc. Obst. et Gyn.,* 1921, page 528).

Blum. — *Thèse de Paris,* 1901.

Boldt. — Traitement Chirurgical de l'I.P. (*American Journal of Obst.,* 1903).

Bonamy. — *Thèse de Paris,* 1899. De l'Hystérectomie dans l'I.P.

Boquel. — *Archives de Gyn. et d'Obst.,* 1912, page 37.

— *Archives Médicales d'Angers,* 1913.

— Congrès des Gyn. et Obst., 1921. Madrid.

Bouilly. — Traitement Chirurgical de la Péritonite. Congrès Français de Chirurgie, 1899.

Boursier et Auvray. — *Précis de Gynécologie.*

Bres et Velasco Suarez. — *Bulletin S. Obst. et Gyn.,* Paris 1928, page 889.

Brindeau. — Péritonite puerpérale et laparotomie, *Soc. d'Obst. de Paris,* 1903.

— *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.,* 1903.

— *L'Obstérique,* 1911 ; page 1091.

— *Gyn. et Obst.,* 1921, n° 5.

Brouha. — Conception actuelle de l'I. P. Strasbourg, 1923

Bumm. — *Ueber die operative Behandlung des Puerperalfiebers,* par. 3 : Die Peritonitis. Congrès de Budapest, 1909.

Burknardt. — I. P. endogène. (*Beitrag zum Geburt,* 1902, B.V.H. 2).

Cadenat. — Congrès de Chirurgie, 1927.

— *Gyn. et Obst.,* 1921. n° 5.

Cardot. — *Thèse de Paris,* 1920, de la Colpotomie dans les Péritonites puerpérales.

Cardon. — *Thèse de Lille,* 1894.

Carle. — *Thèse de Lyon,* 1900 : Des applications pratiques du drainage abdomino-vaginal.

Chaton. — *Gazette des Hôpitaux,* 1924, page 525.

CHAZARAIN. — *Thèse de Paris*, 1908. Indications et valeur de la colpotomie dans les collections abdomino pelviennes.

CHOMÉ. — In « *Pratique de l'art des accouchements* ».

CORTIGUERA. — Rapport sur les indications de l'hystérectomie dans l'I.P. aiguë. Congrès de Madrid, 1903.

COTTE. — Hystérectomie dans l'I.P.

— Rapport du Congrès des Gyn. et Obst., 1921. Tome IV n° 3.

COURBIN. — Indications d'urgence de l'hystérectomie dans l'I. P. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 1922).

COURTY. — *Bulletin de la Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, page 136.

DELBET. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.

— *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1920, page 132.

DEMELIN et DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur*, 1924.

DENIKER. — *Société de Chirurgie*, 23-2-27.

DOLERIS. — Traitement dans l'I. P. (*Soc. d'Obst. de Paris.* 1905).

DOUAY. — *Gynécologie*, page 117.

DUPIN. — *Thèse Bordeaux*, 1923. Hystérectomie dans l'I.P. aiguë.

DUPRÉ et RIBIÈRE. — *Les maladies du péritoine*, 1909, page 128.

ELKAME. — *Thèse de Paris*, 1927. Critique du drainage à la Mikulicz.

FAURE. — Traité de Gynécologie (Faure et Siredey).

— Congrès des Gynécologues 1921 in Gyn. et Obst. 1921.

— Bulletin de la Soc. de Chirurgie. Tome IV. 1924.

FAURE, DUVAL et LECÈNE. — Discussion sur le drainage par le procédé de Mikulicz. (*Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1927).

FEHLING. — Congrès d'Obst. et de Gyn. Rome 1902.

FOLLIASSON. — Péritonites diffuses post abortum. L'Hôpital. Décembre 1930.

FOURNIER. — *L'obstétrique*, 1911, page 1091.

FOURNIER et RASCOL. — Avortement criminel. Infection. Hystérectomie vaginale. Guérison. (*Revue Française de Gyn. et Obst.*, 25 janvier 1924).

FROMMEL. — Sur les perforations de l'utérus. *Wien. Klinische Wochenschrift*, 1924.

GHEORGIN. — Prophylaxie de l'I.P. Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1928.

GILLES. — *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1914, n° 4.

GOUDET. — *Thèse de Lyon*, 1911.

GREKOFF. — Traitement des péritonites purulentes généralisées, (*Roussky Vratch*, 1914, n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

— *Archives mensuelles de Gynécologie*, Juillet 1925.

GUENIOT. — Drainage et aspiration dans les péritonites. *Gazette des Hôpitaux*, 1901.

GUINARD. — *In nouveau traité de Chirurgie ;* LE DENTU et DELBET, 1910. Tome XXIV.

GULEKE. — Traitement des péritonites suppurées généralisées (*Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, 1908). Tome LX).

GUIRE (L. D. Mac de Rochester). — Drainage du canal thoracique dans les péritonites. (*Surgery. Gynecology and Obstéric*, vol. XL. n° 5 mai 1925).

HARTMANN. — Traitement Chirurgical des péritonites aiguës. (Congrès de Chirurgie. Paris, octobre 1911).

HAUCH. — Congrès dès Gyn. et Obst. Strasbourg 1923. *In. Gyn. et Obst.* n° 1).

HERVIEUX. — Les maladies puerpérales. 1870.

HOUEL et EZES. — Péritonite post-abortum tardive. Drainage abdominal et Mikulicz à la phase présuppurative. Guérison. (*Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, juin 1930).

JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*, 1846.

JEANNIN. — *Les péritonites puerpérales*, in traité de BAR et BRINDEAU.

— L'Obstétrique. 1904. 1906.

KELLER. — Perforations accidentelles de l'utérus. *Bulletin de la Soc. d'Obst.* 1923.

— Comment opérer les péritonites puerpérales. *Strasbourg Médical.* N° 6. 20 mars 1929, page 151.

Koblank. — *Soc. d'Obst. et Gyn.* de Berlin. 1909.

Kubinyi. — Péritonites Généralisées post-abortum. Hystérectomie totale. (*Société de Gynécologie de Budapest.* 23 avril 1913. *Archives mensuelles d'Obst. et de Gyn.* 1914, page 250).

Laffite et Carrie. — *In nouveau Traité de Pathologie interne,* 1928. Tome II, page 377.

Laffont. — Deux cas de Péritonite puerpérale à sterptocoque, par torsion de fibrome pédiculé. (*Bulletin de la Soc. d'Obst.* 1924).

Latzko. — Congrès de Budapest, 1909.

— Société d'Obst. et de Gyn. de Vienne (*La Gynécologie,* 1926. Page 177).

Laulaigne. — *Thèse de Paris,* 1919. Péritonites puerpérales.

Lecene. — *Journal de Chirurgie,* 1909. Tome IV. Page 178.

— Congrès de Chirurgie 1911.

Lecene et Leriche. — Thérapeutique Chirurgicale, 1926.

Lequeux et Dupont. — Péritonites post-abortum. Colpotomie, laparotomie. Guérison. *Bulletin Obst. et Gyn.* Paris 1912. Séance du 11 novembre.

Le Dentu. — *Bulletin Médical,* 1905.

Lejars. — *Traité de Chirurgie d'urgence.* Page 183.

Le Jemtel. — L'hystérectomie abdominale dans l'I.P. *Annales médicales de Caen* .Mars 1920.

Lebenschaum. — Péritonites purulentes post-abortum guéries par laparotomie. (*Przeglad. Chirurg. Ginekologinezny* vol. VI. Fasc. 3, page 363.

Loewy. — Deux cas de péritonite diffuse après manœuvres abortives. Guérison opératoire (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie,* 26 mars 1930).

Léopold. — Le traitement opératoire de la péritonite puerpérale. (*Archive für Gyn.* 1906. P.I. 33. Band 78. Heft I).

LEPAGE. — Notes sur le traitement des péritonites puerpérales (*Bulletin de la Soc. Obst. et Gyn. et Pédiatrie.* 1905, page 131).

LONDE. — in « *Nouveau Traité de Médecine* ». ROGER, WIDAL, TEISSIER. Fascicule XV, page 441.

MARLIVER. — *Thèse de Lyon,* 1912.

MANIER. — *Thèse de Paris,* 1898.

MARCHAK. — Traitement par les lavages à l'éther dans les péritonites aiguës diffuses. *Archives mensuelles d'Obst,* Janvier 1915.

MASURE. — *Thèse de Paris,* 1908. Les péritonites puerpérales généralisées.

MAUCLAIRE. — *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.,* 1905.

MERCADE. — Traitement des péritonites aiguës généralisées. *Journal de Chirurgie.* Tome XIII, n° 2.

MESLIER. — *Thèse de Paris,* 1912. Traitement des péritonites diffuses.

MEYER. — Résultat du traitement opératoire des péritonites diffuses aiguës d'origine génitale. *Zentralblatt für Gyn.* 12 mars 1921.

METZGER. — Congrès de 1921. *Société d'Obst. et de Gyn.* Paris, juin 1923.

MIQUEL. — *Thèse de Lyon,* 1928. Contribution à l'étude de traitement des péritonites puerpérales diffusées par le drainage abdomino-vaginal.

MONOD et KIRALY. — Perforations de l'utérus infecté (*Presse Médicale.* 30 août 1930).

MORESTIN. — Ether dans le péritoine, *Société de Chirurgie de Paris,* Février 1913.

MORLET. — *Thèse de Paris,* 1905. Perforations de l'utérus post partum et post-abortum.

MOSIMAN. — *Thèse de Paris,* 1881. Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë.

MOUCHOTTE. — *Thèse de Lyon,* 1903. L'hystérectomie dans l'I.P. post-abortum.

NAZ. — *Thèse de Lyon,* 1913. Les péritonites puerpérales.

NOETZEL. — XXXVIII[e] Congrès Allemand de Chirurgie. Berlin, 1909. (*Journal de Chirurgie,* Tome III, page 305).

ORR et HADEN. — L'enterostomie dans le traitement de la péritonite généralisée (*Archives of Surgery*, vol. XIII, n° 5. Mai 1929.

PARACHE. — *Archivos de Medicina Circugia y especialidades*, 1925, p. 165, 167.

PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale. *Rapport du Congrès de Chirurgie*, Paris 1927.

PAUL-CHARLES. — *Thèse de Paris*, 1906 Perforations utérines dans l'avortement.

PERRAULT. — *Thèse Lyon*, 1922. Faut-il drainer dans les péritonites ?

PERY, COMBIN et PAUZAT. — Péritonites septiques puerpérales. (*Bulletin Société Obst. et Gyn.*, N° 2, 1922).

PICARD. — *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, 1926, page 581.

PINARD. — Compte-rendu de la Société d'Obst. de France. *L'Obstétrique*, 1911, page 1091.

— Rapport du Congrès de Madrid, 1903.

PLAUCHU. — Les péritonites puerpérales généralisées. *La Gynécologie*, 1913, page 641.

POLAK. — Des indications opératoires dans les péritonites généralisées d'origine puerpérale. (*The American Journal of Obst. and Gyn.*, oct. 1920).

POTVIN. — De l'Hystérectomie dans l'I. P. Congrès de 1921, in *Gyn. Obst.*

POZZI. — *Société de Chirurgie*, 1888.

RAYMOND. — *Thèse Paris* 1908. Colpotomie dans le traitement de l'I. P.

REBREYEND. — *Thèse Paris* 1901. Les plaies perforantes de l'utérus.

REEB. — Congrès des Gyn. et Obst., Strasbourg 1923. (*Gyn. et Obst.*, N° 5).

REVERDIN. — *Thèse de Lausanne*, 1912.

RIESE. — Traitement de la péritonite diffuse. (*Deutsche Mediz. Woch.*, T. XXXVI, N°s 11 et 12).

RIOTTE. — Avortement criminel. Abcès multiples de l'utérus et Péritonite généralisée. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1923).

Robin. — *Thèse de Paris,* 1926. Hystérectomie dans les I. P.

Rodriguez. — *Thèse de Paris,* 1895.

— *Société d'Obst. et de Gyn.,* juillet 1928.

Roguet. — Traitement de la péritonite au cours de la puerpéralité. (*Archives mensuelles d'Ost. et Gyn.,* janvier 1912).

Rummel. — Société Rhénane d'Obst. et Gyn. (Baden-Baden, nov. 1920, in *La Gynécologie,* 1921, page 437).

Sauve. — Traitement des péritonites aiguës. (*Presse Médicale,* 1923).

Seisser. — Les possibilités et les limites de notre thérapeutique dans les péritonites diffuses d'origine génitale. (*Zentralblatt für Gyn.* N° 29, 20 juillet 1929).

Sigwart. — Die Pathologie des Wochenbetts. *i Halban u. Seitz band,* VIII, I° Teil.

Siredey. — *Revue de Gynécologie* de 1908.

Sommer. — *Zentralblatt für Gyn.,* 1924, N° 49, p. 2686.

Sourdille. — *Revue de Gynécologie,* 1898.

Steward. — A clinical lecture on the treatment of septic peritonitis. (*British Med. Journal,* avril 1920).

Suzor. — *Thèse Paris,* 1928. Etude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches.

Steinberg. — Drainage du canal thoracique dans les péritonites expérimentales. (*The journal of experimental medecine,* T. LXII, N° 1, 1er juillet 1925).

Tarnier. — *Traité de l'Art des Accouchements,* 1901.

Témoin. — Traitement chirurgical des péritonites aiguës. *Congrès de Chirurgie,* Paris, 1911.

Tourneux. — Du traitement des péritonites post-abortum par l'hystérectomie vaginale. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique,* août 1923).

— *Concours Médical,* janvier 1924.

Toth. — Société de Gynécologie de Buda-Pest, 1913, in *Archives Mensuelles d'Obst et de Gyn.,* 1914 ,p. 250.

Treub. — Hystérectomie dans l'I. P. Congrès d'Obst. et de Gyn., Rome 1902, in *Gazette des Hôpitaux,* 1902.

TRILLAT et REBOUD. — Péritonites post-abortum. Guérison par drainage abdomino-vaginal. (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, mars 1928 et janvier 1931).

TRUC. — *Thèse d'agrégation*, Paris 1886. Traitement chirurgical des péritonites.

TUFFIER. .. *Congrès de Rome*, 1902. Hystérectomie dans l'I. P.

VALLERANT. — *Thèse de Paris*, 1913.

VANVERTS. — *Echo Médical du Nord*, 20 janvier 1930.

VAUDESCAL. — Traitement de l'I. P. (*Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1924).

VIGNARD et ARNAUD. — *Lyon Chirurgical*, 1er décembre 1910 et 1er janvier 1911.

VIGNES. — *L'Année Obstétricale*, 1925.

VORON et MOULINIER. — Péritonites puerpérales en voie de généralisation. Drainage abdominal. Mikulicz. Guérison. (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, Paris 1929).

WALLICH. — *Congrès des Gynécologues et des Obstétriciens*, 1921.

WALTHER. — Sur le drainage en décubitus latéral dans les péritonites diffuses. (*Société des Chirurgiens de Paris*, 22 mars 1911).

WEISS. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1901.

# Table des Matières

*AVANT-PROPOS* ..... 15

*INTRODUCTION* ..... 17

Ire Partie. — ETUDE CLINIQUE..... 23

Chap. I. — Historique ..... 25
Chap. II. — Etiologie et pathogénie..... 31
Chap. III. — Symptomatologie ..... 40
Chap. VI. — Diagnostic ..... 52
Chap. V. — Pronostic ..... 58

IIe Partie. — ETUDE THERAPEUTIQUE..... 61

Chap. I. — Principes généraux du traitement.. 63
Chap. II. — Les Techniques..... 67
Chap. III. — Les Résultats ..... 87
Chap. IV. — Indications et contre-Indications.. 92
Chap. V. — Observations ..... 103

*CONCLUSIONS* ..... 143